

# Les ressources financières des comités de gestion du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé

Yamba Kafando<sup>1,2</sup>  
Valéry Ridde<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Société d'étude et de recherche en santé publique (SERSAP)  
06 BP 9150  
Ouagadougou 06  
Burkina Faso

<sup>2</sup> Université d'Abomey Calavi  
Bénin  
<odnafak@yahoo.fr>  
<yambamadi@hotmail.com>

<sup>3</sup> Département de médecine sociale et préventive et centre de recherche du CHUM  
Canada

<sup>4</sup> IRSS/CNRST  
Burkina Faso  
<valery.ridde@umontreal.ca>

## Résumé

Avec l'avènement du système de recouvrement des coûts dans les années 1990 au Burkina Faso, les patients contribuent au financement des centres de santé (CSPS) gérés par les comités de gestion (COGES). Mais en demandant aux patients de payer, une barrière financière s'impose aux plus pauvres. L'objectif de cet article est d'étudier la manière dont les ressources financières tirées du recouvrement des coûts peuvent contribuer à améliorer l'équité d'accès aux soins de santé. L'étude se déroule dans le district sanitaire de Ouargaye. La méthodologie consiste à documenter la situation financière de 17 COGES sur une période de 12 mois au moyen des données comptables. Les résultats montrent que les COGES ont dépensé en moyenne sept millions de francs CFA (FCFA), dont 65 % pour l'achat des médicaments, 15 % pour les frais de fonctionnement, 7 % pour le salaire du personnel et les primes aux COGES et 3,4 % pour les ristournes aux agents de santé. Les recettes moyennes par COGES sont de 7,3 millions de FCFA. La vente des médicaments essentiels génériques correspond à 82 % des recettes, et la tarification des actes à 10 %. Le résultat comptable moyen annuel est de 300 000 FCFA. Le taux de recouvrement des dépenses est de 104 % en moyenne. La marge bénéficiaire sur la vente des médicaments est de 31 % en moyenne. Les ristournes aux agents de santé correspondent à 30 % des recettes de la tarification des actes en moyenne. La trésorerie moyenne est de 3,1 millions de FCFA. Les COGES disposent d'une bonne capacité financière. Ils pourraient améliorer l'accès aux soins en respectant les normes des ristournes aux agents (20 %), en supprimant la tarification des actes, en réduisant les marges sur la vente des médicaments ou en utilisant une partie des bénéfices pour exonérer du paiement les plus pauvres.

**Mots clés :** Accès aux soins ; Burkina Faso ; financement ; gestion ; système de santé.

## Abstract

**How the financial resources of health centre management committees in Burkina Faso can be used to improve equity of access to health care**

With the advent of cost-recovery system in the 1990s in Burkina Faso, patients contribute to the financing of health centres (CSPS), which are managed by management committees (COGES). Asking patients to pay, however, erects a financial barrier to treatment for the poorest. The aim of this paper is to study how the financial resources from cost recovery can be used to improve equity of access to health care. The study took place in the health district of Ouargaye and documents the financial position of 17 COGES over a period of 12 months, with their accounting data. The results show that COGES spent an average of 7 million francs CFA, 65% for the purchase of medicines, 15% for operating costs, 7% for staff salaries and bonuses to COGES and 3.4% for discounts for health workers. Average revenue per COGES was 7.3 million FCFA. The sale of generic drugs accounted for 82% of revenue and fees for medical care to 10%. The average profit was 300 000 FCFA. The cost recovery rate averaged 104% and the profit margin on the sale of drugs 31%. Discounts to health workers represented 30% of the revenues from medical fees. The average cash position of a COGES was 3.1 million FCFA. The financial standing of the COGES is thus good. They could improve access to care and provide the standards discount to employees (20%) by removing fees for services, reducing the margins on the sale of drugs, or by using a portion of profits to exempt the poorest from payment.

**Key words:** access to health care; Burkina Faso; cost management; financing; health system.

**Tirés à part :** Y. Kafando

La généralisation du recouvrement des coûts où les patients contribuent au financement des centres de santé a été instaurée dès 1993 au Burkina Faso [1]. Cette décision faisait suite au lancement, en 1987, de l'initiative de Bamako (IB) qui visait une accessibilité universelle aux services de santé par la triade : « participation communautaire, recouvrement partiel des coûts, autofinancement partiel du fonctionnement des services » [2]. L'un des aspects essentiels de l'IB était de favoriser la participation de la population à la gestion et au fonctionnement des formations sanitaires. Au Burkina Faso, dès 1994, des comités de gestion (COGES) issus des populations ont été mis en place pour collecter et gérer les fonds issus du paiement des soins par les malades. Mais aujourd'hui, force est de constater que, si l'initiative a réussi dans la gestion et la mobilisation des ressources financières, elle n'a pas permis de fournir un accès équitable aux soins [3, 4]. Certains estiment entre 5 et 30 % la proportion de la population qui est exclue temporairement ou de façon permanente des systèmes de santé à la suite de l'organisation du recouvrement des coûts [5]. De plus, même si les dispositions légales concernant la prise en charge des plus pauvres existent au sein des attributions des COGES, ils n'ont entrepris aucune action pour assurer l'équité dans l'accès aux soins de leurs populations [6]. L'une des raisons souvent évoquées par les COGES et les responsables sanitaires est la faible capacité financière pour améliorer l'accès au système de santé et le besoin de ces ressources pour assurer le fonctionnement des centres de santé. Ainsi, l'objectif de cette étude est de mesurer la capacité financière des COGES dans un district sanitaire du Burkina Faso afin d'étudier les possibilités d'amélioration de l'accès aux soins des populations à partir de ces ressources communautaires.

## Contexte

L'étude se déroule dans le district sanitaire de Ouargaye situé dans la région sanitaire du Centre-Est (figure 1).

La population du district est de 260 000 habitants. Il est organisé conformément au système de santé de district. Il comprend un dépôt répartiteur de district (DRD) où les formations sanitaires viennent s'approvisionner en médicaments,

un hôpital de district qui est un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) et un réseau de 25 formations sanitaires de première ligne (centre de santé et de promotion sociale [CSPS]). Les CSPS disposent d'un dispensaire pour les soins curatifs et préventifs, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments essentiels génériques (DMEG). Le DMEG est dirigé par un gérant issu de la communauté. Chaque CSPS est supervisé par un COGES dont les membres sont élus par la communauté. Le rayon moyen d'action des CSPS est estimé à 5,33 km, et plus de 40 % de la population se retrouvent à plus de 10 km d'une formation sanitaire [7]. Le taux de fréquentation des formations sanitaires est estimé, en 2007, à 0,61 par habitant, il est supérieur à la moyenne nationale qui est de 0,42 [8].

Pour améliorer l'accessibilité des médicaments essentiels génériques (MEG), il a été mis en place un circuit d'approvisionnement national. Les DRD s'approvisionnent à la centrale d'achat nationale (CAMEG) ou à ses bureaux déconcentrés. Techniquement, au démarrage du système de recouvrement des coûts au Burkina Faso, un stock de MEG a été offert gratuitement aux COGES à l'ouverture des formations sanitaires. Ces MEG doivent ensuite être vendus aux usagers avec une marge bénéficiaire. Cette marge, ajoutée aux paiements effectués par les usagers pour les consultations et les actes, permet de racheter le stock initial de médicaments et normalement d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services. Les prix de vente des MEG sont fixés annuellement par l'État en fonction du niveau des formations sanitaires.

## Méthodologie

L'étude repose sur une méthodologie déjà employée au Burkina Faso et ailleurs dans la région [3, 9]. Tous les CSPS ( $n = 21$ ) retenus pour l'étude ont été visités. Mais quatre CSPS ont été exclus, car deux ne tiennent pas à jour leur comptabilité, un ne dispose pas de COGES et est directement administré par une institution religieuse qui n'utilise pas les mêmes outils de gestion et un autre CSPS connaît des défaillances importantes dans son fonctionnement. La population finale de cette étude concerne 17 CSPS. L'étude est basée sur une collecte de données au

sein des DMEG. Ainsi, l'unité d'analyse dans cette étude est le DMEG qui est la seule entité des CSPS dont le fonctionnement dépend totalement du système de recouvrement des coûts et des COGES. Les autres structures du CSPS bénéficient très partiellement du système, car la majeure partie des dépenses sont financées par le budget de l'État [10].

Les documents suivants ont été exploités afin de disposer des informations économiques nécessaires aux analyses présentées plus bas :

- les livres de trésorerie des COGES afin de disposer des dépenses et des recettes;
- les registres de consultations pour obtenir le nombre de consultations ;
- les fiches de stock des médicaments ;
- les carnets ou livrets de caisse et de banque afin de noter le niveau de liquidité ;
- les cahiers de médicaments périmés ou cassés.

Deux périodes ont été retenues pour la collecte des données, soit de mars 2007 à février 2008 pour dix CSPS et de juin 2007 à mai 2008 pour les autres 11 CSPS. Cette différence s'explique par le décalage dans la mise en œuvre de deux interventions au sein desquelles cette étude s'est inscrite. Cependant, dans le cadre de cet article, les deux périodes ont été confondues, et la période de référence est de 12 mois.

Les recettes concernent les éléments suivants : vente des MEG, tarification des actes, subventions ou dons, autres recettes (retour de prêt). Les postes de dépenses pris en compte sont décrits au tableau 1.

La variation de stock est la fluctuation des quantités de médicaments dans le temps. Elle permet d'estimer le résultat comptable des DMEG. Le calcul de la variation de stock selon la période est la suivante :  $\text{variation de stock MEG} = \text{valeur du stock initial} - \text{valeur du stock final}$ .

Les résultats comptables représentent les bénéfices enregistrés par les DMEG au cours des 12 mois. Le calcul est le suivant :  $\text{résultat comptable} = \text{recettes} - (\text{dépenses} + [\text{valeur du stock initial} - \text{valeur du stock final}])$ .

Le taux de recouvrement des coûts représente les recettes totales divisées par les dépenses totales.

La trésorerie est la somme totale d'argent dont dispose chaque COGES. Il est constitué de :  $\text{niveau de trésorerie} = \text{argent en banque} + \text{argent en caisse (trésorier)} + \text{argent physique (gérant)}$ .

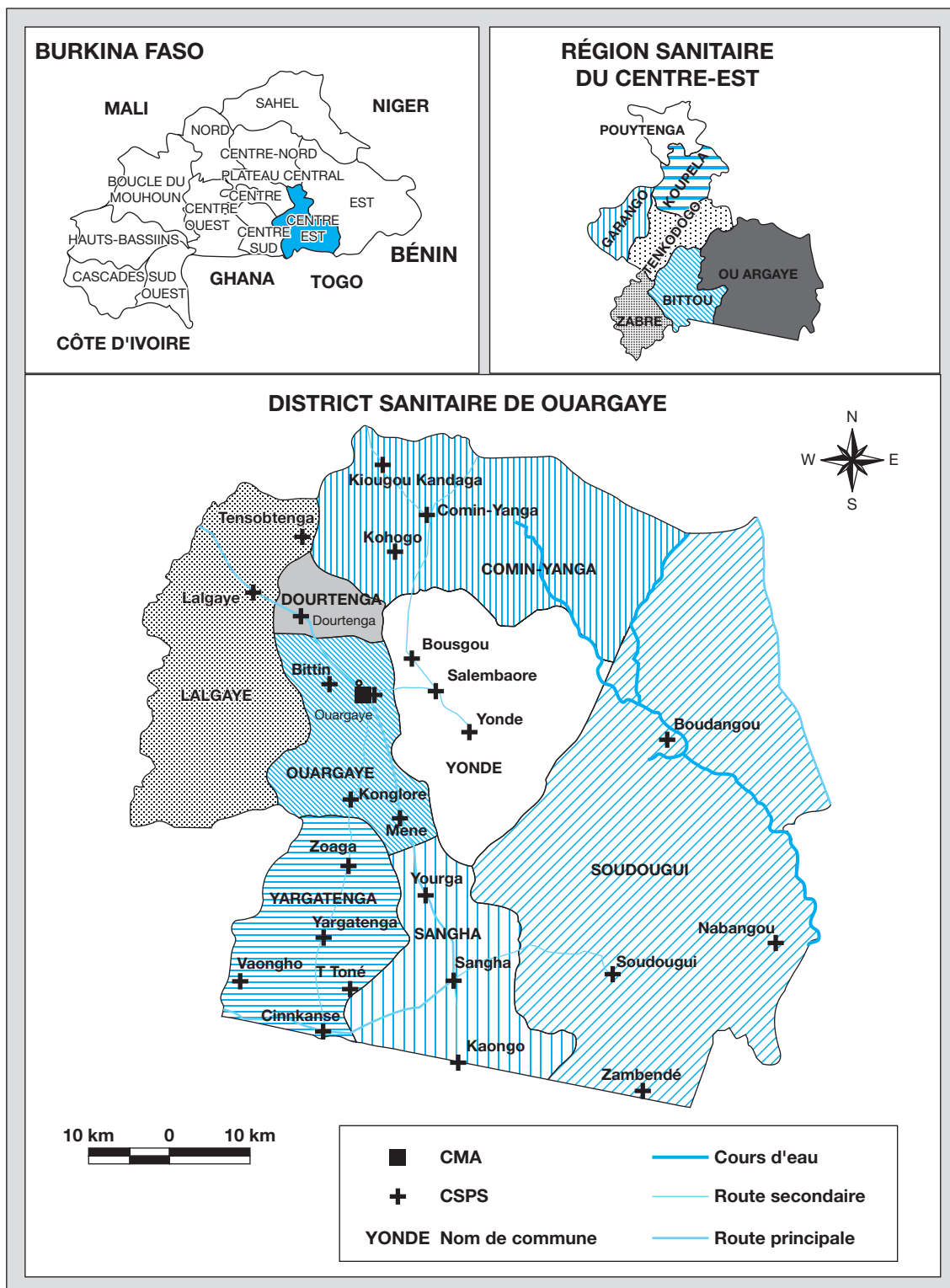


Figure 1. Le district sanitaire de Ouargaye.

Figure 1. The Ouargaye health district.

## Tableau 1. Composition des dépenses.

Table 1. Breakdown of expenditures.

|   |  |
|---|--|
| Achat MEG   | Achat de médicaments au DRD<br>Achat de sachets d'emballage  |
| Salaires personnels et primes COGES               | Salaires pour le personnel de soutien (gérant DMEG, gardien, manœuvre, etc.)<br>Primes de réunion COGES<br>Primes d'inventaire du DMEG   |
| Ristournes aux agents de santé                    | Ristournes sur la tarification<br>Ristournes SONU<br>Primes aux agents de santé  |
| Frais de fonctionnement                           | Réparation du matériel roulant<br>Frais de communication<br>Carburant<br>Investissement (entretien des bâtiments, achat de matériels, réparation de forage, etc.)  |
| Manifestations et prise en charge de responsables | Participation aux événements sociaux (funérailles, mariages, baptêmes, présentation de vœux, etc.)<br>Organisation ou prise en charge de manifestations et de responsables (monitoring, assemblée générale, passation de services, pots d'au revoir, supervisions, etc.) |
| Programme élargi de vaccination                   | Achat de bouteilles de gaz<br>Carburant pour la stratégie avancée<br>Motivations ASC/ARC   |
| Pertes en médicaments                             | Médicaments périmés<br>Médicaments cassés  |
| Autres dépenses                                   | Cotisations diverses (soutien aux mutuelles, travaux du district, etc.)<br>Achat de vivres, motivations de stagiaires  |

La réalisation de cette étude a été autorisée par le comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso. Les résultats ont été présentés aux COGES, aux populations et aux agents de santé lors de fora communautaires en juin 2009.

## Résultats

### Situation financière et comptable des COGES

#### Dépenses

La majeure partie des dépenses des COGES concerne les achats de MEG, bien qu'il existe des différences selon les COGES. Ensuite, viennent les frais de fonctionnement, les salaires et les primes reversées aux membres des COGES (*tableau 2*).

#### Recettes

Les DMEG perçoivent des fonds essentiellement liés à la vente des MEG (*tableau 3*).

#### Ristournes

Selon un décret officiel, des primes sont accordées aux agents de santé en fonction de leurs activités médicales<sup>1</sup>. Ils ont ainsi droit à 20 % du paiement des actes et des consultations par les patients. Les ristournes perçues par les agents de santé dans le district sanitaire de Ouargaye sont présentées dans la *figure 2*.

En moyenne, ce sont 31 % des recettes de la tarification qui sont reversées aux

<sup>1</sup> Raabo n° AN-VII-309/FP/MF/SAN-AS/SEFB/SG/DCP (source : Bocoum Yaya F, Kouanda S, Sondo B. Les caractéristiques des revenus des professionnels de la santé et leur relation avec la fourniture des soins au Burkina Faso, rapport final, 2009, IRSS/CNRST, 59 p.)

agents de santé. Cette proportion atteint 50 % dans trois CSPS.

#### Résultats comptables des DMEG

Les différentes données comptables des DMEG sont consignées dans le *tableau 4*. Tous les COGES réalisent des bénéfices assez conséquents sur la vente des MEG. Même si le résultat comptable est négatif dans certains COGES, il est positif dans la plupart des autres (13 sur 17). Les recettes générées couvrent en général les dépenses effectuées par les COGES, sauf pour quatre où le taux de recouvrement est en dessous de 100 %.

### Hypothèses sur la capacité des COGES à améliorer l'accès aux soins des populations

Dans cette seconde partie des résultats, nous réalisons un certain nombre de calculs afin de tester plusieurs hypothèses permettant de comprendre dans quelle mesure les ressources financières tirées du paiement des soins permettraient d'améliorer l'accessibilité financière. En effet, les CSPS du district de Ouargaye réalisent actuellement un résultat comptable moyen de 300 000 francs CFA (FCFA). La trésorerie moyenne est évaluée à plus de trois millions de FCFA. Elle est le résultat d'une thésaurisation des bénéfices réalisés chaque année par les COGES. Ceux-ci disposent, par conséquent, de ressources financières pour améliorer l'accès aux soins des populations, notamment de celles qui ne disposent pas de capacité à payer.

#### Exempter les indigents

Il paraît donc possible d'envisager l'exemption totale du paiement pour les plus pauvres, soit la mise en œuvre de la prise en charge des indigents telle que déclarée dans les documents de politiques publiques, depuis 1992 [1]. Dans le cadre d'une recherche-action mise en œuvre dans ce district sanitaire [11], nous avons établi le coût annuel de la prise en charge d'un indigent à 4 000 FCFA<sup>2</sup>. Ainsi, en l'absence de directives claires de la part du ministère sur les

<sup>2</sup> La recherche a montré qu'un indigent se rend en moyenne trois fois dans l'année dans un centre de santé et que le coût moyen d'une consultation (y compris l'achat des MEG) est estimé à 1 306 FCFA.

**Tableau 2. Répartition des dépenses totales des COGES sur 12 mois.**

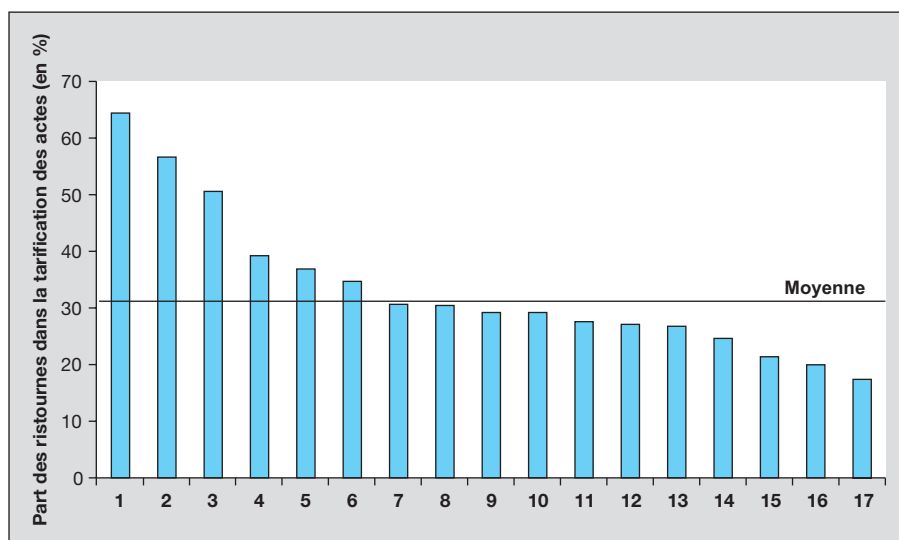
Table 2. Breakdown of total COGES expenditures over 12 months.

| Rubrique  | Valeur des dépenses totales (en FCFA) |           |            | Pourcentage des dépenses totales |         |         |
|---|---------------------------------------|-----------|------------|----------------------------------|---------|---------|
|   | Moyenne                               | Minimum   | Maximum    | Moyenne                          | Minimum | Maximum |
| Achat MEG   | 4 602 742                             | 2 519 080 | 6 817 865  | 64,53                            | 50,49   | 77,47   |
| Frais de fonctionnement                           | 1 048 243                             | 471 430   | 2 393 750  | 14,70                            | 7,02    | 20,87   |
| Salaires et primes COGES                          | 524 092                               | 90 000    | 946 600    | 7,35                             | 2,06    | 10,38   |
| Manifestations et prise en charge de responsables | 242 156                               | 104 455   | 559 550    | 3,40                             | 1,69    | 5,77    |
| Ristournes aux agents de santé                    | 238 226                               | 97 980    | 503 615    | 3,34                             | 2,05    | 4,82    |
| PEV   | 167 959                               | 110 750   | 304 250    | 2,35                             | 1,11    | 4,31    |
| Pertes en médicaments                             | 45 061                                | 1 000     | 235 593    | 0,63                             | 0,01    | 5,16    |
| Autres dépenses                                   | 263 558                               | 31 700    | 478 501    | 3,70                             | 0,69    | 5,15    |
| Total   | 7 132 038                             | 4 230 310 | 11 469 520 | -                                | -       | -       |

**Tableau 3. Répartition des recettes totales des COGES sur 12 mois.**

Table 3. Breakdown of total COGES revenue over 12 months.

| Rubrique               | Valeur des recettes totales (en FCFA) |           |            | Pourcentage des recettes totales |         |         |
|------------------------|---------------------------------------|-----------|------------|----------------------------------|---------|---------|
|                        | Moyenne                               | Minimum   | Maximum    | Moyenne                          | Minimum | Maximum |
| Vente MEG              | 6 082 186                             | 3 726 790 | 9 482 570  | 82,49                            | 72,29   | 90,88   |
| Tarification des actes | 786 088                               | 175 50    | 1 473 125  | 10,66                            | 3,68    | 16,01   |
| Subventions ou dons    | 444 544                               | 139 440   | 763 200    | 6,03                             | 1,23    | 10,98   |
| Autres recettes        | 60 782                                | 0         | 200 295    | 0,82                             | 0       | 1,88    |
| Total                  | 7 426 428                             | 4 689 405 | 11 295 430 | -                                | -       | -       |



**Figure 2.** Part des ristournes dans les recettes de la tarification.

**Figure 2.** Proportion of discounts in revenue from fees for medical services.

sources de financement de cette prise en charge, plusieurs scénarii sont présentés au *tableau 5*. Cela permet de montrer les capacités à financer un nombre potentiel

d'indigents. La dernière colonne du tableau permet d'estimer la proportion de ces indigents par rapport à la population de référence des CSPPS.

### Suppression de la tarification

L'une des conséquences de l'application du paiement direct dans les pays africains a été la baisse de la fréquentation des formations sanitaires par les populations [12]. Une étude au Burkina Faso a montré, en effet, que le nombre de consultations curatives a chuté, en moyenne sur trois ans, de 15,39 % après l'instauration du paiement des actes [3]. En d'autres termes, les formations sanitaires ont perdu définitivement 15 % de leur clientèle. Toute chose étant égale par ailleurs, la suppression du paiement des actes (les MEG restant payant) pourrait permettre une augmentation de l'utilisation des services, au minimum de 15 %. De plus, l'augmentation du nombre de consultations entraînera l'accroissement de la marge bénéficiaire par une vente plus élevée des MEG. Chaque CSPPS réalise actuellement une marge bénéficiaire de près de 1,5 million de FCFA en moyenne sur la vente des MEG. Cette marge peut devenir plus importante si le nombre de consultations augmente et pourrait aussi être mobilisée pour prendre en charge les ristournes des agents de

**Tableau 4. Données comptables des DMEG sur 12 mois.**

Table 4. Generic drug accounts over 12 months.

|   | Moyenne   | Minimum   | Maximum    |
|---|-----------|-----------|------------|
| Dépenses brutes                             | 7 132 038 | 4 230 310 | 11 469 520 |
| Variation de stocks                         | -9 405    | 510 540   | -625 991   |
| Dépenses réelles                            | 7 126 833 | 4 408 911 | 11 157 873 |
| Recettes                                    | 7 426 428 | 4 689 405 | 11 295 430 |
| Résultats comptables                        | 299 595   | -526 250  | 1 333 166  |
| Taux de recouvrement des coûts              | 104,20    | 95,01     | 120,61     |
| Bénéfices réalisés sur la vente des MEG     | 1 461 558 | 571 417   | 2 981 232  |
| Marge bénéficiaire sur la vente des MEG (%) | 31        | 20        | 40         |
| Niveau de trésorerie                        | 3 130 279 | 888 240   | 7 645 691  |

Dépenses réelles = dépenses brutes + variation de stocks.

Résultats comptables = recettes - dépenses réelles.

Taux de recouvrement des coûts = (recettes/dépenses) × 100.

Bénéfices réalisés sur la vente des MEG = valeur de la vente des MEG - valeur des achats de MEG.

Marge bénéficiaire sur la vente des MEG = (valeur de la vente des MEG/valeur des achats de MEG) × 100.

**Tableau 5. Estimation de la capacité annuelle de prise en charge des indigents par les COGES.**

Table 5. Estimated annual capacity of COGES to care for the indigent.

|                             |         | Montant en FCFA | Nombre d'indigents | Pourcentage de la population |
|-----------------------------|---------|-----------------|--------------------|------------------------------|
| 100 % de la trésorerie      | Minimum | 888 240         | 222                | 2,83                         |
|                             | Moyenne | 3 130 279       | 783                | 6,14                         |
|                             | Maximum | 7 645 691       | 1911               | 11,64                        |
| 50 % de la trésorerie       | Minimum | 444 120         | 111                | 1,41                         |
|                             | Moyenne | 1 565 140       | 391                | 3,07                         |
|                             | Maximum | 3 822 846       | 956                | 5,83                         |
| 100 % du résultat comptable | Minimum | -526 250        | 0                  | 0,00                         |
|                             | Moyenne | 299 595         | 75                 | 0,59                         |
|                             | Maximum | 1 333 166       | 333                | 4,71                         |
| 50 % du résultat comptable  | Minimum | -263 125        | 0                  | 0,00                         |
|                             | Moyenne | 149 798         | 37                 | 0,29                         |
|                             | Maximum | 666 583         | 167                | 2,36                         |

santé, car ces dernières seraient supprimées dans un contexte d'arrêt du paiement des actes. Ainsi, nous avons estimé plusieurs scénarii :

- si la suppression de la tarification fait augmenter le taux de consultation de 15 %, c'est en moyenne 219 234 FCFA que chaque CSPS enregistrera comme marge bénéficiaire supplémentaire dans l'année, ce qui permettra de couvrir une grande partie des ristournes des agents de santé estimées à 238 000 FCFA en moyenne ;

- si cette suppression entraîne une augmentation de 30 % du taux de consultation, la marge bénéficiaire supplémentaire

passerait à 438 467 FCFA en moyenne par CSPS, soit près de deux fois plus que ce que les agents de santé perçoivent comme ristournes (238 000 FCFA).

## Discussion

### Limites méthodologiques

Quelques limites peuvent être notées au plan de la qualité des données dans un

tel contexte de gestion communautaire. Il faut relever le mauvais remplissage des livres de trésorerie dans deux CSPS qui ne permettait pas de faire une nette distinction entre les recettes issues de la vente des MEG et celles issues de la tarification des actes. Cependant, on note une bonne qualité de remplissage des outils de gestion en général (en moyenne, 87 % des molécules qui sont vendues dans les DMEG possédaient des fiches de stock).

### Du maintien de la bonne capacité financière des COGES

Les résultats de cette étude montrent que le recouvrement des coûts a permis aux COGES d'avoir une capacité financière non négligeable et qui se constate au regard de trois indicateurs : une forte thésaurisation, des marges bénéficiaires importantes sur la vente des MEG et des recettes qui parviennent à couvrir plus de 100 % des dépenses. Le résultat comptable est positif pour 13 COGES sur 17. La validité externe de notre étude semble être confirmée par le fait que nous avons retrouvé des résultats semblables dans cinq autres districts du pays à la même période. Dans les districts sanitaires de Dori, de Sebba, de Seguenega et de Tougan, les taux de recouvrement des coûts sont respectivement de 107, 95, 103 et 104 % en moyenne [13]. Dans le district sanitaire de Nouna, les DMEG ont aussi tous des résultats comptables positifs avec cependant, comme ici dans le district de Ouargaye, une certaine disparité entre les sites [10]. Il y a dix ans, nous avions retrouvé quasiment les mêmes chiffres dans quatre autres districts [2, 3], ce qui laisse à penser que l'organisation de l'IB fonctionne bien et qu'une certaine routine s'est installée en faveur du maintien du niveau de recouvrement des dépenses par les recettes des DMEG.

Maintenant que la viabilité financière est acquise durablement pour les DMEG grâce au financement communautaire, il semble temps que l'équité passe d'un statut largement implicite à une composante explicite de la stratégie de recouvrement des coûts [14]. Dans le contexte du Burkina Faso où la suppression du paiement des soins pour tous n'est pas à l'ordre du jour [15] et que le système de recouvrement des coûts risque de perdurer, les données du présent article permettent de suggérer trois scénarii d'amélioration de l'accès aux soins.

## Supprimer la tarification des actes

Sans toucher au paiement des médicaments, la suppression de la tarification des actes et des consultations peut être envisagée pour une meilleure fréquentation des formations sanitaires par la population. En effet, en 2008, le ministère de la Santé a mené une réflexion sur la faisabilité de cette suppression [16]. Les données de la présente étude confirment que la suppression de la tarification des actes et des consultations n'aura pas une grande incidence, d'une part, sur le niveau de recouvrement des coûts et, d'autre part, sur le paiement des ristournes aux agents de santé. Car en effet, il semble que ce soit surtout cette question de ristournes qui freine les décideurs dans l'instauration d'un tel changement. La tarification des actes ne compte que pour 10 % en moyenne dans les recettes des DMEG. Quant aux ristournes, quoique n'étant pas très importantes (environ 5 % du salaire mensuel des infirmiers), il serait possible de les appliquer sur la marge bénéficiaire des MEG afin de garantir aux agents de santé un même niveau de rémunération. Cette question ne doit en effet pas être prise à la légère, car nous savons combien les agents de santé sont au cœur du fonctionnement (ou du dysfonctionnement) des systèmes de santé. La mise en place de réformes sanitaires doit donc nécessairement prendre en compte leur point de vue, ce qui n'est pas toujours le cas dans de telles politiques de suppression du paiement [17, 18]. Ce point est d'autant plus important que le Burkina Faso semble vouloir être le prochain chef de file, en Afrique de l'Ouest, du système de paiement à la performance où ces questions de rémunération du personnel seront assurément centrales, tel que les cas de la vaccination en Afrique du Sud ou du Rwanda en général le montrent bien [19, 20].

## Utiliser les sommes thésaurisées pour favoriser l'accès des indigents aux soins

L'une des recommandations de l'IB est que les bénéfices soient utilisés pour améliorer le fonctionnement des formations sanitaires mais aussi pour favoriser l'accès aux soins des indigents. La question de l'équité, même si cela a souvent été oublié,

était aussi au cœur de l'IB rappelle l'OMS Afrique [21], et les responsables du Burkina l'avaient relevé lors de leur évaluation de l'IB en 1999 [22]. Mais pendant longtemps, les ressources générées par la tarification des actes et la vente des MEG, si elles ne sont pas thésaurisées, ont servi à d'autres fins qu'à des activités visant à améliorer l'accès aux soins des plus pauvres. Au Kenya par exemple, ces fonds ont prioritairement servi à l'engagement de personnel supplémentaire ou ont demeuré dans les comptes en banque [4]. Au Burkina Faso, très peu de COGES ont jusque-là délivré des soins gratuits aux indigents, alors que cela avait été clairement réclamé lors du lancement de l'IB en 1992 [1]. Pourtant, s'il y a une réelle dynamique qui s'engage au niveau des décideurs mais aussi au niveau des COGES, la sélection et la prise en charge des indigents est faisable dans un contexte local et sans apport financier extérieur. En effet, des études menées dans trois districts sanitaires du Burkina Faso ont montré que le ciblage communautaire est possible [11] et qu'il n'est pas nécessaire d'attendre une liste de critères de la part de l'administration. Ainsi, au regard du coût annuel de la prise en charge d'un indigent (4 000 FCFA) et des ressources financières dont disposent les COGES, on peut dire que ces derniers disposent d'une capacité relative d'améliorer l'accès aux soins des indigents. Par ailleurs, le ministère de la Santé vient de publier une directive préconisant à chaque CSPS d'utiliser tout au plus 200 000 FCFA par an sur les recettes pour la prise en charge des indigents. Ce qui donne la possibilité à chaque CSPS de prendre en charge au moins 50 indigents par an. C'est une mesure qui peut également contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins dans les formations sanitaires au Burkina Faso.

## Respecter les normes officielles pour la marge sur les MEG et les ristournes

Si les acteurs respectaient les normes officielles concernant les marges sur la vente des MEG (+10 % sur le prix d'achat [23]) et les ristournes (20 % des actes et des consultations), les coûts pour les patients pourraient être moindres et l'accessibilité financière certainement meilleure.

La marge bénéficiaire réalisée actuellement par les COGES sur la vente des MEG est de 31 % en moyenne. Une éva-

luation d'un projet sanitaire dans la région de Kaya, à la fin des années 1990, confirme ces résultats. Cette étude a, en effet, montré que les marges des DRD variaient de 13 à 37 %, alors que les recommandations du ministère sont de 10 % [23]. Le ministère a en effet reconnu, en 1999, dans son évaluation de l'IB, que « *les prix maxima à ne pas dépasser ne sont pas respectés* » [22]. Pourtant, le respect des prix officiels délivrés chaque année par la CAMEG est une mesure qui pourrait améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé. En effet, les médicaments représentent près de 75 % des dépenses de santé au Burkina Faso [24]. De plus, dans une logique plus commerciale que digne d'une entreprise à caractère public, la CAMEG octroie une ristourne (commission) de 2 % du total des achats des MEG dans l'année aux responsables des DRD, à titre individuel. Ces sommes peuvent être importantes et, au lieu d'en faire profiter un seul individu, il pourrait être envisagé de la supprimer pour baisser les coûts des médicaments pour l'ensemble de la population. Sinon, comme le souligne Turshen [25], on donnerait raison à ceux qui affirmaient au début de l'IB que celle-ci était une stratégie des compagnies pharmaceutiques pour remettre le médicament dans une sphère plus privée (avec profits) que publique (étatique).

Dans le même ordre d'idée, les normes concernant la distribution des ristournes gagneraient à être respectées, ce qui dégagerait certainement des ressources pour améliorer l'accès aux MEG. Officiellement, ce sont 20 % de la tarification des actes et des consultations qui devraient être reversés aux agents de santé au titre des ristournes. Or, dans le district sanitaire de Ouargaye, les ristournes représentent en moyenne 31 % des actes et des consultations (variant entre 20 et 60 % selon les DMEG). Il en est de même dans quatre autres districts (Dori, Sebba, Seguenega et Touga), où les taux varient entre 18 et 49 % en moyenne selon les districts [13]. Dans le district de Ouargaye, la perception d'autres primes que celles perçues uniquement sur les actes habituels pourrait expliquer cette situation de dépassement des normes officielles. D'une part, certaines approximations ont été constatées dans la distribution des ristournes liées à la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), fournies par l'État [26]. D'autre part, les agents de santé de certains CSPS percevaient jusqu'en novembre 2007 des primes liées

au programme élargi de vaccination, à raison de 25 FCFA par enfant vacciné. Ces primes étaient financées par les COGES et participent certainement à l'explication des différences entre les données officielles et réelles de vaccination au Burkina Faso comme ailleurs en Afrique [19]. Compte tenu du nombre d'agents de santé concernés dans le district ( $n = 51$ ) et du montant total des ristournes (4 049 841 FCFA), nous pouvons estimer que chaque agent de santé<sup>3</sup> a perçu en moyenne 79 409 FCFA par an de ristournes. Ainsi, ces ristournes représentent 4,5 % du salaire officiel des infirmiers, si l'on considère un salaire moyen mensuel net de 151 000 FCFA [27]. Si ce montant ne semble pas conséquent pour les intéressés (bien que des résistances logiques perdurent pour ne pas supprimer cette prime), lorsque nous le comparons au reste de la population, il n'est pas si négligeable que cela. En effet, les ristournes annuelles perçues par agent de santé sont presque équivalentes au seuil de pauvreté, puisque l'on estime que 46 % de la population du pays dépensent, en 2007, moins de 90 000 FCFA par an et par personne [24]. La justice sociale pourrait certainement être convoquée pour une prise en compte de cette différence et la mobilisation de ces ressources (ou une partie) pour améliorer l'accès aux soins des populations vivant sous le seuil de pauvreté.

## Conclusion

En 1999, lors de la revue de l'IB au Burkina Faso, le ministère de la Santé a formulé la recommandation suivante : « *réduire la marge bénéficiaire des médicaments à tous les niveaux en vue d'améliorer l'accessibilité financière* » [22]. La présente étude montre qu'une telle recommandation est toujours nécessaire et devrait maintenant se mettre véritablement en place. En effet, les COGES sont maintenant durablement financièrement viables. Ils parviennent à accumuler d'importantes

ressources financières à partir des actes médicaux et des consultations mais surtout à partir de la vente des médicaments. Par conséquent, les différentes hypothèses que nous avons testées pour améliorer l'accès aux services de santé semblent être de l'ordre du réel. Le système de recouvrement des coûts est une réussite financière, mais trop peu de personnes peuvent encore en bénéficier. Aussi, il est aujourd'hui temps d'utiliser cette réussite pour améliorer l'accès aux soins des indigents et réduire les marges bénéficiaires afin de rendre le système de santé du Burkina Faso plus équitable. ■

### Remerciements et autres mentions

Cette recherche est financée par le Centre de recherche en développement international (CRDI) du Canada ainsi que l'initiative canadienne de recherche en santé mondiale (IRSM). Il s'agit d'une étude qui s'inscrit dans un programme de recherches des équipes Teasdale-Corti. V. Ridde est un « nouveau chercheur » des instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Nous tenons à remercier l'équipe cadre du district sanitaire de Ouargaye ainsi que l'ensemble des personnes ayant facilité la collecte des données au sein des CSPS.

**Financement :** aucun ; **conflits d'intérêts :** aucun.

### Références

1. Ministère de la Santé. *Document national sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso ; projet de démarrage de l'initiative de Bamako*. Ouagadougou : comité préparatoire de l'initiative de Bamako : 1992.
2. Ridde V, Nitiéma A, Dadjoari M. Améliorer l'accessibilité des médicaments essentiels génériques aux populations d'une région sanitaire du Burkina Faso. *Sante* 2005 ; 15 : 175-82.
3. Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bull World Health Organ* 2003 ; 81 : 532-8.
4. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Organa H, Ouendo M. The equity impacts of community financing activities in three African countries. *Int J Health Plann Manage* 2000 ; 15 : 291-317.
5. Stierle F, Kaddar M, Tchicaya A, Schmidt-ehry B. Indigence and access to health care in sub-saharan Africa. *Int J Health Plann Manage* 1999 ; 14 : 81-105.

6. Ridde V. "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Soc Sci Med* 2008 ; 66 : 1368-78.

7. DS. *Plan d'action 2009 du district sanitaire de Ouargaye*. Ouargaye : MS/SG/DRS/DS, 2009

8. DEP. *Annuaire statistique 2007-2008*. Ouagadougou : ministère de la Santé, direction des études et de la planification.

9. Galland B, Fontaine D, Rasidy K. *Évaluer la viabilité des centres de santé*. Vol. 1. Paris : Association française des volontaires du progrès, Centre international du développement et de recherche, Medicus Mundi France ; Coopération française, 1997.

10. Marshall P, Flessa S. Expanding access to primary care without additional budgets? A case study from Burkina Faso. *Eur J Health Econ* 2008 ; 9 : 393-403.

11. Ridde V, Yaogo M, Kafando Y, et al. A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *J Epidemiol Community Health* 2010 ; 64 : 10-5.

12. James C, Hanson K, McPake B, et al. To retain or remove user fees? Reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Appl Health Econ Health Policy* 2006 ; 5 : 137-53.

13. Sodoré A, Queuille L, Ridde V. *COGES, recouvrement des coûts et stratégie de subvention des soins dans quatre districts du Burkina Faso*. Affiche présentée à la deuxième conférence scientifique du Centre de recherche en santé de Nouna (Burkina Faso), décembre 2009.

14. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Organa H, Ouendo M. Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries. *Health Policy* 2001 ; 58 : 37-67.

15. Ridde V, Blanchet K. Débats et défis autour de la gratuité des soins en Afrique : « retour vers le futur » ? *Sante* 2009 ; 19 : 101-6.

16. Valea ED. *Évaluation de la tarification des actes et des MEG dans les formations sanitaires du 1<sup>er</sup> niveau, 2008*. Rapport final. Ouagadougou (Burkina Faso) : Direction générale de la santé, 2008.

17. Walker L, Gilson L. "We are bitter but we are satisfied": nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Soc Sci Med* 2004 ; 59 : 1251-61.

18. Ridde V, Morestin F. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy Plan* 2010 (accepted).

19. Lim S, Stein DB, Charrow A, Murray CJ. Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage. *Lancet* 2008 ; 372 : 2031-46.

20. Kalk A, Paul FA, Grabosch E. "Paying for performance" in Rwanda: does it pay off? *Trop Med Int Health* 2010 ; 15 : 182-90.

21. OMS/AFRO. *The Bamako Initiative Working Group. The first meeting 11-14 october 1999*. Harare : WHO/AFRO, Unicef, 1999.

22. Ministère de la Santé. *Revue de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako au Burkina Faso*. Ouagadougou : MS/SG, 1999.



23. Chabot J, Conombo SC, Meuwissen L, Yonli L. *Rapport de l'évaluation finale du programme d'appui aux soins de santé primaires dans la région de Kaya (PASSPK)*. Ouagadougou : MS-SCP, 1999.

24. INSD. *Annuaire statistique. Édition 2008-2009*. Ouagadougou : INSD, 2009.

25. Turshen M. *Privatizing health services in Africa*. New Brunswick (New Jersey) ; London: Rutgers University Press, 1999.

26. Ridde V, Richard F, Bicaba A, Queuille L, Conombo G. The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan 2010* (submitted).

27. Bocoum Yaya F, Kouanda S, Sondo B. *Les caractéristiques des revenus des professionnels de la santé et leur relation avec la fourniture des soins au Burkina Faso*. Rapport final. Ouagadougou : IRSS/CNRST, 2009.