

# Analyse des coûts des services de santé de districts sanitaires : exemple des districts sanitaires de Kongoussi et de Tougan au Burkina Faso

---

Abdoulaye Traoré<sup>1</sup>, Hermann Zosé Ouédraogo<sup>2</sup>, Claude Wetta<sup>3</sup>, Ernest Ilboudo, Lassina Konaté, Alladari Traoré, Blaise Sondo

## Résumé

La planification par objectifs aboutit à la quantification des services de santé à produire et donc du budget à prévoir à condition que les coûts unitaires de ces services soient connus. L'objectif de la présente étude était d'analyser les coûts des services de santé au niveau du district sanitaire.

Elle a eu lieu dans les districts sanitaires de Kongoussi et de Tougan et a consisté en une enquête rétrospective menée en octobre 1998. Elle a porté sur les données de toutes les formations sanitaires desdits districts de la période du 1<sup>er</sup> juillet 1997 au 30 juin 1998. Seuls les coûts directs d'organisation et de fonctionnement au sein du secteur de la santé ont été pris en compte.

Les coûts fixes représentaient 74 % et 68 % du coût total de fonctionnement qui était de 327 591 000 francs CFA à Kongoussi et de 298 022 000 francs CFA à Tougan ; les salaires constituaient 35 % et 42 % du coût fixe. Le revenu par tête d'habitant permettait de réaliser annuellement 28 et 21 contacts. Les tarifs étaient plus bas que les coûts des services offerts sauf pour les interventions chirurgicales.

Les coûts unitaires constituent un outil de planification et de gestion permettant de valider les requêtes budgétaires des districts de situer le niveau d'inaccessibilité financière des services de santé et de prévoir les possibilités d'autofinancement des districts sanitaires.

**Mots clés :** coûts, services de santé, district sanitaire, Burkina Faso.

## Costs analysis of health services in the health districts of Kongoussi and Tougan in Burkina Faso

### Abstract

Objective-based planning leads to quantification of health services to produce by a health district, and so to the budget to provide, if the unit costs of those services are known. This study aimed to analyse the costs of health services in the health district. It took place in Kongoussi and Tougan, by a retrospective survey in October 1998. Data from all the health centres of these districts, and concerning the period from July 1<sup>st</sup> 1997 to 30<sup>th</sup> 1998 were collected. Only direct costs related to organization and operation within the health sector were taken into account.

---

<sup>1</sup>Département de santé publique, Unité de formation et de recherche en sciences de la santé, Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

<sup>2</sup>Institut de recherche en sciences de la santé, Centre national de la recherche scientifique et technologique, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>3</sup>Unité de formation et de recherche en sciences économiques et de gestion, Université de Ouagadougou, Burkina Faso

Fixed costs were 74 % and 68 % of the total operating cost that was 327 591 000 and 298 022 000 CFA francs respectively in Kongoussi and Tougan. Salaries participated for 35 % and % of fixed costs. Household income permitted to realise 28 and 21 contacts by year. Tariffs were less than health services costs, apart from surgery intervention, in the two districts.

Unit costs of health services constitute a tool for planning and management of health districts, permitting budget validation. Furthermore, unit costs compared to the household income or health expenditure permit to mark out the level of inaccessibility of health services. Compared to the tariffs in effect in health centre, the unit costs permit to anticipate possibility of the health district self financing.

**Keywords:** costs, health services, health district, Burkina Faso.

## Introduction

Le double recentrage des soins de santé primaires à Hararé et à Bamako en 1987 a définitivement consacré au district sanitaire (DS) une place prépondérante dans la politique sanitaire de nombreux pays en développement. Le budget du DS constitue un instrument de planification et de gestion pouvant permettre d'accroître l'efficacité de celui-ci ; il prend en compte toutes les dépenses concernant toutes les structures et les ressources utilisées pour le fonctionnement des services. Le coût représente la somme d'argent exigée en valeur en contre partie de biens ou de services lors de leur acquisition et correspondant à leur juste valeur en ce moment-là (BOIVERTS H., 1995). Dans le cadre d'une formation sanitaire, le coût d'un service ou acte médical s'apparente au prix de revient de l'ensemble de toutes les ressources consommées pour accomplir celui-ci. Il comprend donc le coût des intrants et du personnel soignant ainsi que les frais généraux que l'on peut rattacher à ce service ou acte médical. En déléguant la fonction de budgétisation au DS dans le cadre de la décentralisation des services de santé, les formations sanitaires ont gagné en autonomie. La méthode de budgétisation par objectifs est basée non pas sur la reconduction des allocations antérieures mais sur une estimation des besoins en fonction d'objectifs clairement définis pour atteindre des performances souhaitées. Le budget du DS va être la somme des coûts unitaires des services qui sont à produire par le district pour atteindre les objectifs fixés. L'objectif de la présente étude était d'analyser les coûts des services de santé au niveau du district sanitaire et de les utiliser pour la budgétisation et la tarification.

## Matériel et méthodes

Le système sanitaire au Burkina Faso est organisé en 53 districts sanitaires. Chaque district sanitaire regroupe plusieurs Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) qui sont les services de premier échelon, autour d'un Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) qui est l'hôpital de référence. Les districts sanitaires de Kongoussi et de Tougan ont été retenus parce que ceux-ci regroupent l'ensemble des éléments requis à l'opérationnalisation tels que définis par le Ministère de la Santé du Burkina Faso. Le district sanitaire de Kongoussi couvre une population de 190 544 habitants et comporte un CMA et 17 CSPS et le district sanitaire de Tougan avec un CMA et 19 CSPS couvre une population de 195 405 habitants.

La méthode de collecte et d'analyse des données a été inspirée par le guide méthodologique élaboré par Hanson et Gilson (HANSON et GILSON, 1993).

La collecte des données a été faite par une enquête rétrospective menée en octobre 1998 et qui portait sur les données de la période du 1<sup>er</sup> juillet 1997 au 30 juin 1998. Deux enquêteurs par district, formés préalablement et supervisés par un économiste de la santé ont enregistré les données concernant toutes les formations sanitaires. Les fiches de collecte renseignent sur l'infrastructure, l'équipement et le personnel de chaque formation sanitaire, de même que le nombre et le type de services offerts.

Les données ont été saisies et analysées sous Excel 2000. Le calcul des coûts a été circonscrit aux coûts directs d'organisation et d'opération au sein du secteur de la santé et libellé en francs CFA<sup>1</sup>. Ils comprenaient les coûts renouvelables (personnel, fournitures, exploitation de l'équipement, exploitation des bâtiments, exploitation de véhicules) et les coûts d'immobilisation (équipement, bâtiments, véhicules). Pour les immobilisations l'annuité d'amortissement a été intégrée dans le calcul des coûts. Le coût total de fonctionnement était constitué de deux grandes rubriques. La première était le coût fixe de fonctionnement incluant les salaires du personnel, l'amortissement des immobilisations, le petit équipement (durée de vie de moins d'un an) et les frais administratifs (eau, électricité, téléphone, entretien des immobilisations, frais de mission). La deuxième était le coût variable de fonctionnement, lié aux activités curatives (médicaments et consommables médicaux, réactifs et consommables de laboratoire, vivres et autres produits pour la cuisine) et aux activités préventives et promotionnelles (carnets et fiches de suivi, contraceptifs, vaccins, carburant et lubrifiant liés à la stratégie avancée).

Les coûts unitaires suivants ont été calculés selon les formules suivantes :

- Coût d'un contact = coût total de fonctionnement / nombre total de contacts ;
- Coûts fixe d'un contact = coût fixe de fonctionnement / nombre de contacts ;
- Coût d'un contact préventif = coût fixe d'un contact + (coût variable lié aux activités préventives / nombre total de contacts préventifs) ;
- Coût d'un contact curatif = coût fixe d'un contact + (coût variable lié au service spécifique / nombre total de contacts curatifs) ;
- Coût d'un service spécifique = coût fixe d'un contact + (coût variable lié au service spécifique / nombre de services spécifiques délivrés).

## Résultats

Les coûts totaux peuvent être décomposés suivant le type de formation sanitaire d'une part, et suivant la nature fixe ou variable d'autre part, comme l'indique le tableau I.

<sup>1</sup> 1 Euro = 655,9 francs CFA

**Tableau I.** Coûts de fonctionnement (x 1 000 francs CFA) selon le niveau de soins dans les districts sanitaires de Kongoussi et de Tougan.

	Coût fixe (% du coût total)	Coût variable (% du coût total)	Coût total (% du coût total)
<b>District sanitaire de Kongoussi</b>			
1 <sup>er</sup> échelon	101 167 (75)	33 722 (25)	134 889 (100)
(% de l'ensemble du district)	42	40	41
2 <sup>e</sup> échelon	142 599 (74)	50 103 (26)	192 702 (100)
(% de l'ensemble du district)	58	60	59
ensemble du district	243 766 (74)	83 825 (26)	327 591 (100)
(% de l'ensemble du district)	100	100	100
<b>District sanitaire de Tougan</b>			
1 <sup>er</sup> échelon	108 395 (60)	72 263 (40)	180 658 (100)
(% de l'ensemble du district)	54	75	61
2 <sup>e</sup> échelon	93 891 (80)	23 473 (40)	180 658 (100)
(% de l'ensemble du district)	54	75	61
ensemble du district	202 286 (68)	95 736 (32)	298 022 (100)
(% de l'ensemble du district)	100	100	100

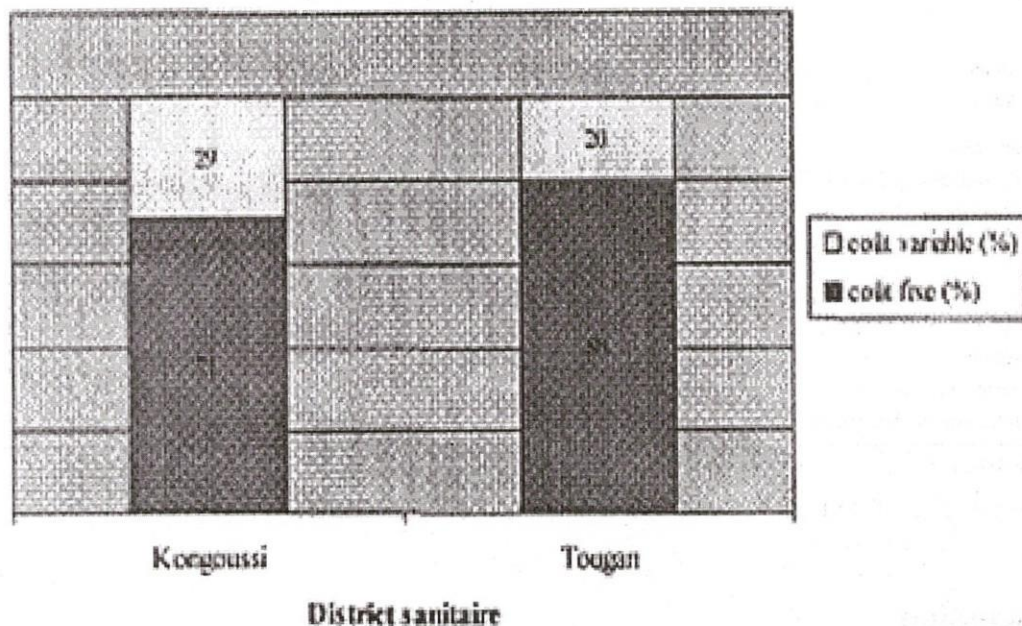
Les coûts fixes représentaient 74 % et 68 % du coût total de fonctionnement dans les DS de Kongoussi et de Tougan respectivement. Dans le DS de Kongoussi, le deuxième échelon absorbait relativement plus de ressources (59 %) que dans le DS de Tougan (39 %).

Le tableau II présente la constitution du coût fixe et l'affectation des coûts variables vers les activités préventives ou curatives.

**Tableau II.** Eléments constitutifs des coûts fixes et des coûts variables (x 1 000 francs CFA) dans les districts sanitaires de Kongoussi et de Tougan.

	District sanitaire de Kongoussi	District sanitaire de Tougan
<b>Coûts fixes</b>		
Salaires (%)	58318 (35)	84 960 (42)
Amortissement de l'équipement (%)	68254 (28)	20229 (10)
Amortissement des bâtiments (%)	34127 (14)	30342 (15)
Amortissement des véhicules (%)	17064 (7)	20229 (10)
Petit équipement (%)	36565 (15)	34389 (17)
Frais administratifs (%)	2438 (1)	12137 (6)
Total	243766	202286
<b>Coûts variables</b>		
Activités préventives (%)	42751 (51)	32550 (34)
Activités curatives (%)	37721 (45)	56484 (59)
Autres activités (%)	3353 (4)	6702 (7)
total	83825	95736

Les salaires constituaient la portion léonine des coûts fixes (35 % et 42 %). Le DS de Tougan accordant une grande partie de ses ressources aux soins curatifs tandis que celui de Kongoussi tentait de répartir équitablement ses ressources entre les soins curatifs et les soins préventifs. La décomposition du coût d'un montre que le coût fixe en constituait 71 % dans le DS de Kongoussi et 80 % dans celui de Tougan (figure 1).



Les coûts unitaires, les rapports entre coûts unitaires et revenus des ménages et les rapports entre coûts unitaires et dépenses de santé des ménages sont présentés au tableau III.

**Tableau III.** Coût unitaire et rapport avec les revenus ou les dépenses de santé des ménages dans les districts sanitaire de kongoussi et de tougan.

	District sanitaire de Kongoussi			District sanitaire de Tougan		
	CU*	Revenu /CU	Dépenses de santé/CU	CU	Revenu /CU	Dépense de santé/CU
Contact	2115	28	1	2370	21	1
Contact curatif	2296	24	1	2693	16	0
Contact préventif	1901	29	1	2014	22	1
Accouchement	3058	20	1	3166	15	0
Journée d'hospitalisation	6948	9	0	6625	8	0
Intervention chirurgicale	22307	3	0	21713	2	0

\* coût unitaire

Le revenu par tête d'habitant permettait de réaliser annuellement 28 contacts dans le DS de Kongoussi et 21 contacts dans le DS de Tougan. La comparaison des coûts unitaires aux tarifs pratiqués dans le district est présentée au tableau IV.

**Tableau IV.** Comparaison des coûts unitaires aux tarifs des services de santé des districts sanitaires de Kongoussi et de Tougan.

	District sanitaire de Kongoussi			District sanitaire de Tougan		
	CU*	Tarifs	Ecart	CU	Tarifs	Ecart
<b>Contact curatif</b>						
Nourrisson	2296	50	- 2246	2693	50	- 2643
Enfant	2296	100	- 2196	2693	100	- 2593
Adulte	2296	200	- 2096	2693	200	- 2493
<b>Contact préventif</b>						
Consultation prénatale	1901	300	- 1601	2014	300	- 1714
Planning familial	1901	300	- 1601	2014	300	- 1714
Vaccination	1901	100	- 1801	2014	100	- 1914
<b>Journée d'hospitalisation</b>						
Enfant	6948	50	- 6898	6625	50	- 6575
Adulte	6948	300	- 6348	6625	300	- 6325
Accouchement	3058	2000	- 1058	3166	2000	- 1166
Intervention chirurgicale	22307	30000	+ 7693	21713	30000	+ 8287

\* coût unitaire

Dans les deux districts, les tarifs étaient plus bas que les coûts des services offerts sauf pour les interventions chirurgicales.

## Discussion

Le calcul des coûts des services de santé utilise plusieurs méthodes qui sont à choisir selon le contexte dans lequel fonctionne le district sanitaire (HANSON et GILSON, 1993 ; TRAORE, 1996 ; WAGSTAFF et BARNUM, 1992 ; DEMUTH et LESSER, 1996). La méthodologie de calcul des coûts développée par Hanson et Gilbert ne tient pas compte des coûts d'investissement, ce qui signifie les calculs. L'argumentaire qui justifie cette omission est que les décisions concernant ces types de dépenses sortent du cadre de la responsabilité des gestionnaires de district. Par contre, cette approche exige des données statistiques aussi fines que précises, en termes de calendrier des activités, et d'emploi du temps du personnel et des locaux. De plus, l'allocation des coûts par type de service est peu réaliste dans un contexte caractérisé par l'intégration des services. La méthode de calcul des coûts qui consiste à isoler le coût fixe de fonctionnement, utilisée dans cette étude, prend en compte le souci d'équité en faisant supporter chaque activité une part du coût fixe de fonctionnement. Elle fait donc l'économie du calcul d'allocation du salaire du personnel et autres coûts récurrents en fonction du temps ou l'espace consacrés à une activité spécifique. Ainsi, les services trop coûteux tels que les actes chirurgicaux peuvent être supportés par les services moins coûteux comme la consultation générale.

La connaissance des coûts totaux et unitaires des services de santé est intéressante à plusieurs titres. D'une manière générale, elle permet de comparer le fonctionnement des DS entre eux et de définir le district le plus efficient et des analyses plus approfondies peuvent être faites pour un même DS.

Le DS de Kongoussi, en particulier ses formations sanitaires de premier échelon, consomme plus de ressources que celui de Tougan. Les coûts fixes ont un effet déterminant sur le coût de fonctionnement quel que soit l'échelon de soins ou le district considéré, il représentait 74 % et 68 % du coût de fonctionnement dans les DS de Kongoussi et de Tougan respectivement.

Cette réalité retrouvée après la décomposition du coût d'un contact qui montre encore le poids du coût fixe qui constituait 71 % du coût d'un contact dans le DS de Kongoussi et 80 % dans celui de Tougan. Une telle proportion pourrait signifier que les infrastructures dans les deux districts ne sont pas pleinement utilisées par la population. Au fur et à mesure que le nombre de contacts augmentera le poids du coût fixe dans le coût du contact diminuera. Le nombre de contacts dans l'année était plus élevé dans le DS de Kongoussi (154 890) que dans celui de Tougan (125 748), expliquant des coûts unitaires relativement bas en dépit d'un coût de fonctionnement plus élevé. Le coût fixe était surtout dû aux salaires du personnel.

Le revenu par tête d'habitant permettait de réaliser annuellement 28 contacts dans le DS de Kongoussi et 21 contacts dans le DS de Tougan. Mais cette hypothèse qui limite les besoins d'une personne à ceux de santé est peu réaliste. Il est préférable de se référer aux dépenses de santé des ménages, auquel cas certains services devenaient complètement inaccessibles pour la population. D'une manière générale les tarifs étaient plus bas que les coûts des services offerts par le district. Cela est vrai surtout pour les hospitalisations et les consultations qu'elles soient curatives ou préventives, ce qui signifie un manque à gagner pour le district. En revanche les interventions chirurgicales sont moins coûteuses pour les districts que les prix payés par les utilisateurs. Mais le gain opéré à ce niveau par le district ne suffit pas à compenser le manque occasionné par les consultations et les hospitalisations. En effet, les interventions chirurgicales ne représentaient que 95 cas sur le nombre total de contacts dans le DS de Kongoussi. Doit-on alors pratiquer des tarifs plus élevés pour la consultation, ce qui aurait pour risque la baisse de fréquentation des services de santé ? Au contraire une augmentation des contacts diminuerait le coût de contact en diminuant sa part fixe et multiplierait les recettes de la tarification. L'amélioration de la fréquentation des services serait un gage d'équilibre entre les dépenses de fonctionnement et les recettes issues de la tarification des services au niveau du district sanitaire.

## Conclusion

L'analyse des coûts de fonctionnement est utile dans la mesure où elle permet d'apprécier l'efficacité de l'affectation des ressources suivant le niveau et le type de soins et de révéler l'importance du coût fixe de fonctionnement. Les coûts unitaires peuvent servir à valider les requêtes budgétaires du district, si celui-ci dans un cadre de planification par objectifs définit clairement ses objectifs et donc la quantité de service à délivrer pour les atteindre. Les coûts unitaires confrontés aux revenus ou aux dépenses de santé des ménages permettent de situer le niveau d'inaccessibilité financière des services de santé auquel on peut s'attendre ; confrontés aux tarifs pratiqués dans les formations sanitaires, les coûts unitaires permettent de prévoir les possibilités d'autofinancement du district sanitaire. Les coûts de fonctionnement des districts peuvent être

calculés aisément, mais ils sont valables seulement pour un district donné et pour une durée donnée qui est fonction de l'inflation et de la modification des prix du marché.

## Remerciements

Au Projet de Développement Santé et Nutrition (PDSN) qui a financé cette recherche.

## Références bibliographiques

- BOISVERT H., 1995.** La comptabilité de management. Québec : *éditions du renouveau pédagogique*.
- HANSON K., GILBERT L., 1993.** Coûts, utilisation des ressources et financement des services de santé de base : guide méthodologique. New York : *UNICEF* ; 1993
- DEMUTH C., LESSER M., 1995.** Le district en tant qu'institution économique partiellement autonome. Un guide pour l'élaboration du budget et l'organisation d'une caisse centrale. Ouagadougou : *GTZ/DED*.
- TRAORÉ C., 1996.** Etude des coûts, performances et efficience des hôpitaux de district, possibilités de rationalisation : cas de l'hôpital de Boromo, Burkina Faso. Ouagadougou : *ITHÖG/GTZMS*.
- WAGSTAFF A, BARNUM H., 1992.** Hospital cost function for developing countries. Washington : *The World Bank*.