

RAPPORT SUR LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE – 2005

Février 2008

DES MATIERES

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS	v
RESUME	vii
INTRODUCTION	1
I. DEFINITIONS ET METHODOLOGIE	3
I.1 Liens entre les CNS et la comptabilité nationale	3
I.2 Définitions	4
I.2.1 Définition de la dépense de santé	4
I.2.2 Sources de financement	5
I.2.3 Agents de financement	5
I.2.4 Prestataires de soins de santé	6
I.2.5 Fonctions	6
I.3 Rappel des objectifs de l'étude réalisée en 2005	7
I.4 Méthodologie	8
I.5 Données géographiques	12
I.6 Données démographiques	12
I.7 Données socioculturelles	12
I.8 Situation économique	13
I.9 Organisation politique et administrative	14
I.10 Organisation du système de santé	14
II. SITUATION SANITAIRE	16
II.1 Principaux problèmes de santé	16
II.2 Rappel de la Politique Sanitaire Nationale et du Plan National de Développement	18
II.2.1 Politique Sanitaire Nationale	18
II.2.2 Plan National de Développement Sanitaire	19
II.3 Evolution de quelques indicateurs de santé sur les cinq dernières années	19
III. FINANCEMENT DE SANTE	20
III.1 Fonctions de financement de la santé	20
III.2 Volume de financement de la santé	20
III.3 Répartition des dépenses de santé par région en 2005	22
III.4 Sources de financement de la santé	24
III.5 Répartition des dépenses entre les prestataires	28
III.6 Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires	31
IV. ANALYSE SECTORIELLE DES DEPENSES DE SANTE	35
IV.1 Financement du Ministère de la santé	35
IV.1.1 Evolution du financement du budget alloué au Ministère de la Santé	35
IV.1.2 Répartition de l'exécution des dépenses dans le budget du Ministère de Santé.	36
IV.1.3 Une autre approche de l'évolution du budget du Ministère de la Santé : la prise en compte de l'indice harmonisé des prix à la consommation	38
IV.2 Participation des autres Ministères aux dépenses de santé	39

	vités territoriales _____	40
	eurs, les entreprises publiques et parapubliques ____	41
IV.5	Financement à travers l'assurance maladie _____	41
IV.6	Financement de la santé par les ménages _____	41
IV.7	Financement de la santé par les Organisations Non Gouvernementales et Associations (ONG/Associations) _____	44
V.	<i>SOUS COMPTE PALUDISME</i> _____	46
V.1	Situation du paludisme au Burkina Faso _____	46
V.1.1	Aspects Epidémiologiques _____	46
V.1.2	Situation actuelle de la lutte contre le paludisme _____	46
V.1.3	But et objectif de la lutte antipaludique _____	47
V.1.4	Stratégies nationales de lutte antipaludique _____	47
V.1.5	Principaux résultats de la mise en œuvre du plan stratégique 2002-2005 _____	48
V.1.6	Contraintes/difficultés _____	49
V.1.7	Programme National de Lutte contre le Paludisme _____	50
V.2	Volume de financement des dépenses du paludisme _____	50
V.3	Sources de financement des dépenses du paludisme _____	51
V.4	Répartition des ressources entre les prestataires _____	51
V.5	Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires _____	52
VI.	<i>RECOMMANDATIONS</i> _____	53
VI.1	Au niveau du processus _____	53
VI.2	Au niveau de la politique de santé _____	53
	<i>CONCLUSION</i> _____	54
	<i>BIBLIOGRAPHIE</i> _____	55
	<i>LISTE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE TECHNIQUE</i> _____	56

DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs de santé sur les cinq dernières années</i>	19
<i>Tableau 2 : Dépense totale de santé % du PIB</i>	22
<i>Tableau 3 : Répartition des dépenses de santé par région en 2005</i>	22
<i>Tableau 4 : Répartition des dépenses de santé entre les sources et les agents de financement en millions FCFA</i>	26
<i>Tableau 5 : Evolution de la structure de la DNS par source de financement de 2003 à 2005</i>	26
<i>Tableau 6 : Répartition des dépenses de santé selon les prestataires de services en millions FCFA</i>	30
<i>Tableau 7 : Evolution des dépenses des prestataires de 2003 à 2005 en %</i>	31
<i>Tableau 8 : Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires de santé en millions FCFA</i>	32
<i>Tableau 9 : Répartition des dépenses de santé par fonction selon les agents de financement en millions FCFA</i>	34
<i>Tableau 10 : Budget alloué à la santé par source de financement de 2003 à 2005 en millions FCFA</i>	35
<i>Tableau 11 : Structure des dépenses de santé en millions FCFA</i>	37
<i>Tableau 12 : Quelques indicateurs de la santé pour les années 2003, 2004 et 2005</i>	38
<i>Tableau 13 : Sources des fonds de la santé des ministères en millions FCFA</i>	39
<i>Tableau 14 : Répartition des fonds des ménages selon les agents de financement en millions FCFA</i>	42
<i>Tableau 15 : Dépenses des ONG et associations en fonctions en millions FCFA</i>	44
<i>Tableau 16 : Dépenses des ONG et associations suivant les types de prestataires en millions FCFA</i>	45
<i>Tableau 17 : Indicateurs de résultats (en %)</i>	48
<i>Tableau 18 : Indicateurs d'impact</i>	49

ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 : Interrelations entre les quatre principales entités</i>	6
<i>Figure 2 : Représentation des flux financiers</i>	7
<i>Figure 3 : Familles de données</i>	11
<i>Figure 4 : Evolution de la structure de la DNS par source de financement de 2003 à 2005</i>	27
<i>Figure 5 : Répartition des dépenses de santé de l'année 2005 par source de financement</i>	27
<i>Figure 6 : Evolution de la dépense totale de santé de 2003-2005</i>	28
<i>Figure 7 : Evolution des dépenses des prestataires de 2003 à 2005 en milliards de FCFA</i>	31
<i>Figure 8 : Répartition des dépenses de santé par fonction</i>	34
<i>Figure 9 : Evolution de l'exécution du budget alloué à la santé selon les sources de financement au cours des années 2003, 2004 et 2005 en milliers de FCFA</i>	36
<i>Figure 10 : Contribution des autres ministères aux dépenses de santé</i>	40
<i>Figure 11 : Répartition des dépenses directes de santé des ménages par fonction</i>	43
<i>Figure 12 : Répartition des dépenses de santé des ménages par type de prestataires</i>	43
<i>Figure 13 : Les sources du financement consacré au paludisme (x 1 000 000)</i>	51
<i>Figure 14 : Prestataires de services et leur financement en pourcentage</i>	51
<i>Figure 15 : Répartition des dépenses des prestataires selon les fonctions</i>	52

ABREVIATIONS

CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CID	:	Circuit intégré de la Dépense
CMA	:	Centre Médicale avec Antenne chirurgicale
CNS	:	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DNS	:	Dépense Nationale de la Santé
DRS	:	Direction Régionale de Santé
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
EBCVM	:	Enquête Burkinabé sur les Conditions de Vie des Ménages
FS	:	Sources de Financement (Financing Sources)
HF	:	Agents de Financement (Financing Agents)
HP	:	Prestataires de Soins (Health Providers)
ICHA	:	Classification Internationale des Comptes de la Santé
IBC	:	Intervention à Base Communautaire
INSD	:	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IHPC	:	Indice Harmonisé des Prix à la Consommation
ISBLM	:	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
MAHRH	:	Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutique
MASSN	:	Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MD	:	Ministère de la Défense
MESSRS	:	Ministère des Enseignements Secondaire Supérieur et de la Recherche Scientifique
MPE	:	Malnutrition Protéino Energétique
MS	:	Ministère de la Santé
MTI	:	Moustiquaire Traités aux Insecticides

de lutte contre le Sida (National AIDS Spending
Assessment)

OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OOAS	:	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PADS	:	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PIC	:	Plan Intégré de Communication
PIP	:	Programme d'investissement public
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	:	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	:	Politique Sanitaire Nationale
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SCN	:	Système de Comptabilité Nationale
SCS	:	Système de Compte de la Santé
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TCEI	:	Tableau des Comptes Economiques Intégrés
TRE	:	Tableau des Ressources et des Emplois
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence internationale de Développement des Etat Unis d'Amérique

Considérés comme un indicateur fiable du système de santé, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) peuvent être utilisés comme un outil de décision ou pour élaborer des politiques de santé, notamment de financement.

Compte tenu de leur importance, l'élaboration des CNS a été une recommandation des Etats Généraux de la Santé, tenus en juin 1999.

Le Ministère de la Santé, à travers un bureau d'étude a réalisé en 2005 le premier exercice qui a couvert les années 2003 et 2004.

La DNS représente par rapport au PIB 5,5 % en 2003, 6,1% en 2004 et 6,8% en 2005. Cela traduit un effort d'investissement relativement important en matière de santé.

Pour élaborer les CNS de 2005, les données ont été collectées auprès de plusieurs structures parmi lesquelles les projets et programmes du Ministère de la Santé, des entreprises, des banques, des assurances privées, des structures d'appui aux mutuelles de santé, la Direction Générale de la Coopération, des officines pharmaceutiques et des laboratoires de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso.

Les dépenses des ménages ont été estimées sur la base des résultats de l'enquête sur les conditions de vie des ménages réalisée en 2003 par l'INSD.

Pour les données du budget de l'Etat, en raison des problèmes informatiques, les données de 2005 ont été obtenues en actualisant la structure codifiée du budget 2004.

Pour les CNS de 2005, la Dépense Nationale de Santé (DNS) s'élève à 202,1 milliards de F CFA (y compris les données du VIH/SIDA) et à 177,973 milliards sans les données du VIH/SIDA.

En 2003 et 2004, la DNS était de 136 milliards F CFA et de 164 milliards F CFA.

La forte hausse de la DNS constatée en 2005 s'explique par les efforts déployés par l'équipe technique dans l'amélioration de la couverture en termes de collecte de données et par l'intégration des données plus exhaustives du VIH/SIDA.

Les CNS ont permis de déterminer trois niveaux de financement des dépenses de santé :

- la dépense totale actuelle pour la santé (DTAS) obtenue en sommant les dépenses des niveaux HC.1 à HC.7, est de 180,736 milliards de F CFA en 2005 ;

ur la santé (DTS) est égale à la DTAS à s dépenses du niveau HCR.1 (formation de capital des établissements fournissant des soins de santé). C'est ce qui est mesuré habituellement par la plupart des pays ; elle est de 193,471 milliards de F CFA en 2005 ;

- la dépense nationale de santé (DNS) est l'évaluation qui répond mieux aux besoins et aux attentes des décideurs. Elle inclut n'importe laquelle des fonctions en rapport avec la santé à partir de HC.R.2.

La répartition des dépenses de santé entre les sources de financement se présente de la façon suivante :

- 48,313 milliards de F CFA pour les fonds publics, soit 23,91% des dépenses totales ;
- 82,045 milliards de F CFA pour les fonds du secteur privé, soit 40,6% des dépenses totales ;
- 70,731 milliards de F CFA pour les fonds du reste du monde (ressources externes), soit 35% des dépenses totales ;
- 0,977 milliards de F CFA des fonds n'a pas pu être spécifié par type, soit 0,48% des dépenses totales.

Pour ce qui est de la canalisation des fonds par les agents de financement (entités canalisant les fonds fournis par les sources de financement et contrôlant leur utilisation), 109,273 milliards de F CFA (54,08%) ont transité par l'administration publique, 84,140 milliards de F CFA (41,64%) par le secteur privé, 8,628 milliards de F CFA (4,27%) par le reste du monde et 0,028 milliard de F CFA (0,01%) par les agents de financement non spécifiés par type.

En ce qui concerne la répartition des ressources entre les prestataires, 13% de la DNS est dirigé vers les hôpitaux, 16% vers les soins ambulatoires, 28% pour l'achat des biens médicaux, 16% pour la santé publique et les programmes de prévention répertoriés, 23% pour l'administration générale de la santé et l'assurance maladie (dont 22% pour l'administration publique de santé), 2% pour les institutions de recherche et d'enseignement. Les prestataires non spécifiés, le reste du monde et les autres prestataires de service de santé représentent chacun 1% de la DNS.

S'agissant de la répartition des ressources entre fonctions, les dépenses des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires occupent une place très importante. En effet, les produits pharmaceutiques, les appareillages thérapeutiques et autres biens médicaux non durables et durables représentent 46,45% en 2005. Egalement, 18,55% des dépenses de santé ont été consacrées à l'administration centrale, tandis que l'administration de la santé et de l'assurance maladie des organismes privés représente 2,11% de la DNS. Les soins curatifs et de réadaptation

pour les services de prévention et de santé
services auxiliaires ; 6,30% pour la formation
de capital des établissements prestataires de soins et 1,01% de la DNS
pour la recherche et le développement dans le domaine de la santé.

Pour ce qui est du sous compte paludisme, les dépenses totales sont
estimées à 6,456 milliards de F CFA et les différentes sources de
financement sont les suivantes : 0,33% pour les fonds publics, 34,62%
pour les fonds privés (ménages) et 65,06% des fonds proviennent du
reste du monde, principalement du Fonds Mondial.

Pour ce qui est des agents de financement, 1,20% des financements ont
transité par l'administration publique, 26,05% par le programme de lutte
contre le paludisme, 35,12% par les paiements directs des ménages et
37,63% par le reste du monde.

Pour ce qui est des prestataires, pour le sous compte paludisme, l'examen
de la répartition des ressources entre les prestataires de services de
santé, a révélé que la fourniture et la gestion des programmes de santé
viennent en tête avec 49,32% des dépenses suivis par les pharmacies
avec 25,58% et les institutions de recherche 11,85%. Les hôpitaux
généraux ne reçoivent que 12,24% des financements.

Les CNS révèlent que les ménages supportent une part importante des
dépenses de santé. C'est pourquoi, ils doivent permettre aux décideurs
d'envisager des mesures et de renforcer celles déjà prises pour alléger la
lourde charge financière qui pèse sur les ménages, quand on sait que
46,4 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté estimé à
82 680 F CFA par an et par personne en 2003 par l'INSD.

Des recommandations ont été formulées en vue d'améliorer le processus
d'élaboration des CNS et en conséquence améliorer leur qualité.

Elles se résument comme suit :

Au niveau du processus

- Poursuivre l'élaboration des CNS :
 - élaboration de CNS de base à chaque année d'enquête sur
les dépenses des ménages ;
 - élaboration de CNS léger chaque année.
- Renforcer les capacités de l'équipe technique sur l'élaboration des
CNS, notamment la distribution des dépenses en santé par groupe
de maladie.

n entre l'équipe CNS et l'équipe chargée du

- Prendre en compte les besoins des CNS dans les prochaines enquêtes sur les conditions de vie des ménages :
 - dépenses de santé par type de prestataire ;
 - primes d'assurance maladies privées ;
 - cotisations payées par les ménages aux mutuelles de santé, aux micro assurances etc.
- Améliorer l'exhaustivité des transactions prises en compte par les CNS :
 - mutuelles, ONG, jumelages ;
 - établissements sanitaires privées.
- Poursuivre la sensibilisation des acteurs et des producteurs de données sur l'importance des CNS.
- Prévoir les classifications fonctionnelles dans la gestion budgétaire.

□ **Au niveau de la politique de santé**

- Poursuivre la gratuité des soins préventifs et promotionnels ;
- Poursuivre la subvention des accouchements et des SONU ;
- Faire un plaidoyer auprès du Ministère de l'Economie et des finances, pour le financement des programmes de santé publique et la recherche en santé ;
- Promouvoir les mécanismes de partage des risques liés à la maladie, notamment les mutuelles de santé.

L'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) a été une des recommandations des Etats Généraux de la Santé, tenus en juin 1999, autour du thème « **tous pour un système de santé performant** ».

Du fait des contraintes en ressources financières et humaines à même de réaliser un tel travail, la recommandation n'a pu être mise en œuvre qu'en 2005 par le Ministère de la Santé grâce à un don japonais. C'est ainsi que les CNS de 2003 et de 2004 ont été réalisés par le bureau d'étude "Conseil Santé" avec l'appui technique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS Genève) et d'une équipe technique nationale de trois membres.

Les CNS sont un nouvel outil de suivi de la politique nationale de santé et d'aide à la décision en ce sens qu'ils contribuent à l'élaboration de la politique de santé, notamment en son volet financement. Ils permettent également une répartition équitable des ressources financières.

Une meilleure connaissance de la dépense nationale de santé (DNS) au Burkina Faso, commune et partagée par tous les acteurs de la politique de santé, constitue un enjeu majeur pour une meilleure maîtrise de celle-ci et l'optimisation de son affectation.

Les CNS ont pour objectif d'évaluer au mieux l'ensemble des flux des dépenses de santé au sens large. Plus précisément, il s'agit de mesurer un agrégat qu'est la DNS à partir duquel plusieurs lectures sont possibles (sources de financement et agents de financement, agents de financement et prestataires, agents de financement et fonctions, prestataires et fonctions, dépenses de santé par région, etc.). Les CNS sont reproductibles dans le temps. Le présent exercice qui a bénéficié du financement du **Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS)** s'inscrit dans cette dynamique.

Les CNS consistent en une série de tableaux dans lesquels sont organisées les différentes dépenses du système de santé d'un pays. Ils se distinguent d'autres formes de revues des dépenses en raison de l'un ou de plusieurs des éléments suivants :

- une classification rigoureuse des types et des fonctions de dépenses et de tous les acteurs du système de santé ;
- une comptabilité exhaustive de toutes les dépenses en santé, indépendamment de l'origine, de la destination ou de l'objet de la dépense ;
- une approche rigoureuse dans le recueil, la classification et l'estimation de tous les flux financiers liés aux dépenses de santé ;

l'analyse en continu (par opposition à une

Le présent rapport comprend sept parties que sont :

- les définitions et la méthodologie d'élaboration ;
- les données générales ;
- la situation sanitaire ;
- le financement de la santé ;
- l'analyse sectorielle des dépenses de santé ;
- le sous compte paludisme ;
- les recommandations.

1.1 Liens entre les CNS et la comptabilité nationale

Du point de vue méthodologique, la comptabilité nationale, en dehors de son cadre central à travers lequel sont construits les comptes nationaux traditionnels, donne la possibilité d'approfondir certains domaines d'intérêt, tels que la santé, l'éducation, l'environnement, etc., à travers des comptes satellites.

En effet, le cadre central permet de décrire l'ensemble des phénomènes essentiels qui constituent la vie économique d'un pays, à savoir la production, la formation et la distribution des revenus, la consommation, l'accumulation et la richesse. Il présente de façon simplifiée, mais complète, l'ensemble de ces phénomènes et leurs interactions à travers une séquence des comptes (de production, d'exploitation, de distribution et d'utilisation du revenu, d'accumulation et de patrimoine), des tableaux de synthèse économiques tels le Tableau des Ressources et des Emplois (TRE) et TCEI Tableau des Comptes Economiques Intégrés (TCEI), et des agrégats macroéconomiques (PIB, revenu national, consommation finale, épargne, investissement, etc.).

Les CNS comme les autres comptes satellites s'expliquent par la nécessité d'étendre de manière souple les capacités d'analyse offertes par la comptabilité nationale à certains domaines qui présentent un intérêt particulier. C'est pour cela que le système de comptabilité nationale de 1993 a consacré un chapitre aux comptes satellites. Cependant, le Système de Comptabilité National (SCN) n'a jusqu'à présent pas normalisé ni la méthode de construction, ni la présentation des comptes satellites. Il laisse la possibilité d'utiliser des concepts, des nomenclatures et des cadres comptables complémentaires ou de substitution à ceux du cadre central.

Selon le SCN93, pour étudier en profondeur un domaine particulier tout en se préservant de la possibilité de calculer certains agrégats significatifs comme la dépense nationale, il faut partir d'une analyse des emplois en répondant à la question : « combien consacre-t-on de ressources à l'éducation, aux transports, au tourisme, à la protection de l'environnement, à l'informatique, etc. ? » ou aussi bien : « quel est le montant des dépenses consacrées à l'éducation, aux transports, etc. ? ». Ce qui veut dire que pour la santé, la question qui sous-tend l'élaboration des CNS est : « combien consacre-t-on de ressources à la santé » ou : « quel est le montant des dépenses consacrées à la santé ».

C'est effectivement l'exercice auquel les présents CNS sont soumis à travers des tableaux où les dépenses de santé sont déterminées par source de financement, par agent de financement, par fonction, par

avec la possibilité de croiser ces différentes

Du point de vue des résultats, il convient de retenir que les données apparaissant dans les comptes de la santé n'apparaissent pas explicitement dans le cadre central du système, mais sont implicitement fondues dans des agrégats plus généraux, ou encore ne sont que des composantes implicites d'opérations qui sont estimées globalement. Par exemple, les débours directs des ménages sont implicitement pris en compte dans leur dépense de consommation finale ; les dépenses de l'Etat en tant qu'agent sont réparties dans le compte des administrations publiques entre la consommation intermédiaire (les achats directs de produits et de services consommables), la rémunération des salariés (tout ce qui concerne les salaires, avantages et cotisations sociales versés par l'Etat) et formation brute de capitale fixe (pour ce qui concerne les investissements).

Cependant, une analyse fonctionnelle des comptes du cadre central doit permettre de retrouver des éléments visibles des CNS ; c'est la raison pour laquelle, il est toujours utile de créer des liens et de rechercher une cohérence entre le cadre central et les comptes nationaux de la santé. Ce qui n'est pas chose facile à réaliser parce que non seulement les deux types de comptes sont généralement établis de façon indépendante, mais en plus, ils le sont avec un décalage temporel. Pour le cas du Burkina Faso par exemple, pendant que les CNS de 2005 sont en cours d'élaboration, les travaux des comptes nationaux portent sur l'année 2003.

En plus de renseigner les différentes lignes des comptes économiques de la nation, les CNS ont pour but de retracer toutes les dépenses y afférentes, depuis la source jusqu'aux services fournis. Pour ce faire, ils se basent sur les classifications standardisées des **prestataires** et des **fonctions** et rendent clairement compte des liens qui existent entre le financement, la prestation et les résultats des biens et services de santé fournis.

I.2 Définitions

Les CNS constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif du flux des ressources du système de santé d'un pays. Il s'agit des dépenses de santé au sens large. Ils sont également un outil pertinent pour quantifier et analyser les tendances des dépenses de santé.

I.2.1 Définition de la dépense de santé

Selon la méthodologie standard décrite dans le guide d'élaboration des CNS, les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et

lation et des individus pendant une période

Cette définition s'applique quel que soit le type d'institution/entité fournissant ou finançant l'activité de santé. Par exemple, avant l'utilisation des CNS, les dépenses du Ministère chargé de l'enseignement supérieur pour la formation médicale étaient exclues des estimations de dépenses de santé. De même, selon la définition des CNS, toutes les activités du Ministère de la Santé (MS) ne sont pas couvertes par la définition des dépenses de santé.

Par exemple, un MS peut financer l'exploitation d'orphelinats ou les contributions aux budgets des organismes internationaux, ce qui ne serait pas considéré comme une dépense de santé.

Ainsi, les équipes de CNS doivent déterminer si l'objectif principal d'une activité est en rapport ou non avec la santé. Sur la base de cette distinction, les dépenses seront incluses dans les tableaux des CNS ou elles en seront exclues.

Fondamentalement, l'approche des CNS consiste à regrouper les dimensions de la santé en catégories ayant des caractéristiques communes. Les CNS identifient quatre principales catégories d'entités dans un secteur de la santé.

I.2.2 Sources de financement

Les sources de financement sont les institutions et entités qui fournissent les fonds utilisés dans le système par les agents de financement.

Exemples : Ministère de l'Economie et des Finances pour le budget de l'Etat, ménages, bailleurs de fonds étrangers appelés « reste du monde ».

Les ménages sont sources de financement à travers les débours directs et les mécanismes de partage de risque (mutuelles de santé, assurance maladie, ...).

I.2.3 Agents de financement

Les agents de financement sont les institutions ou entités qui canalisent les fonds fournis par les sources de financement et les utilisent pour payer ou pour acheter des activités incluses dans le champ des comptes de la santé. Elles contrôlent également leur utilisation.

Exemples: Présidence du Faso, Ministère de la Santé (administration centrale et projets/programmes de santé), Ministère de la Défense, Caisse Nationale de la Sécurité Sociale, compagnies d'assurance privées, mutuelles de santé, ménages.

de financement pour les débours directs dans les cas de co-paiements.

I.2.4 Prestataires de soins de santé

Les prestataires de soins sont les entités qui perçoivent des fonds en contrepartie ou en prévision de la réalisation d'activités incluses dans le champ des comptes de la santé. Elles fournissent ou administrent des soins de santé et des services en rapport avec la santé.

Exemples : hôpitaux, cliniques, pharmacies, centres de soins ambulatoires, laboratoires privés d'analyses médicales.

I.2.5 Fonctions

Les fonctions sont les types de biens et de services et d'activités réalisées dans le champ des comptes de la santé.

Exemples : Soins hospitaliers, soins ambulatoires, produits pharmaceutiques, prévention des maladies, formation du personnel de santé, contrôle sanitaire, recherche.

Les interrelations entre ces quatre entités sont schématisées comme suit :

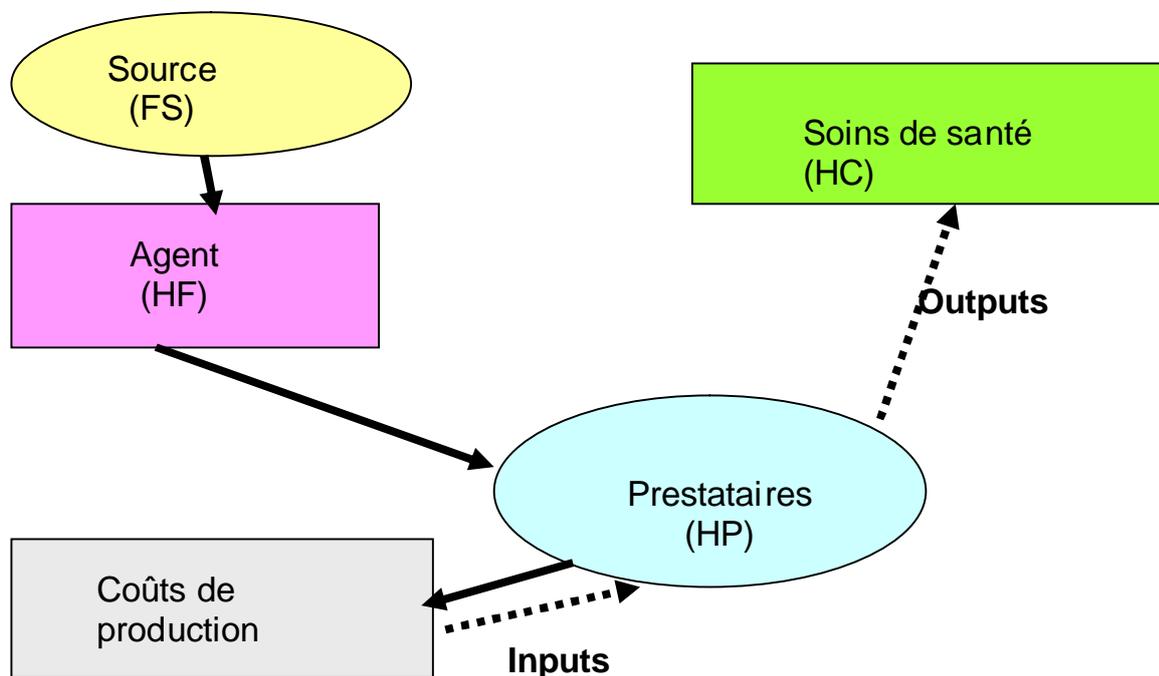
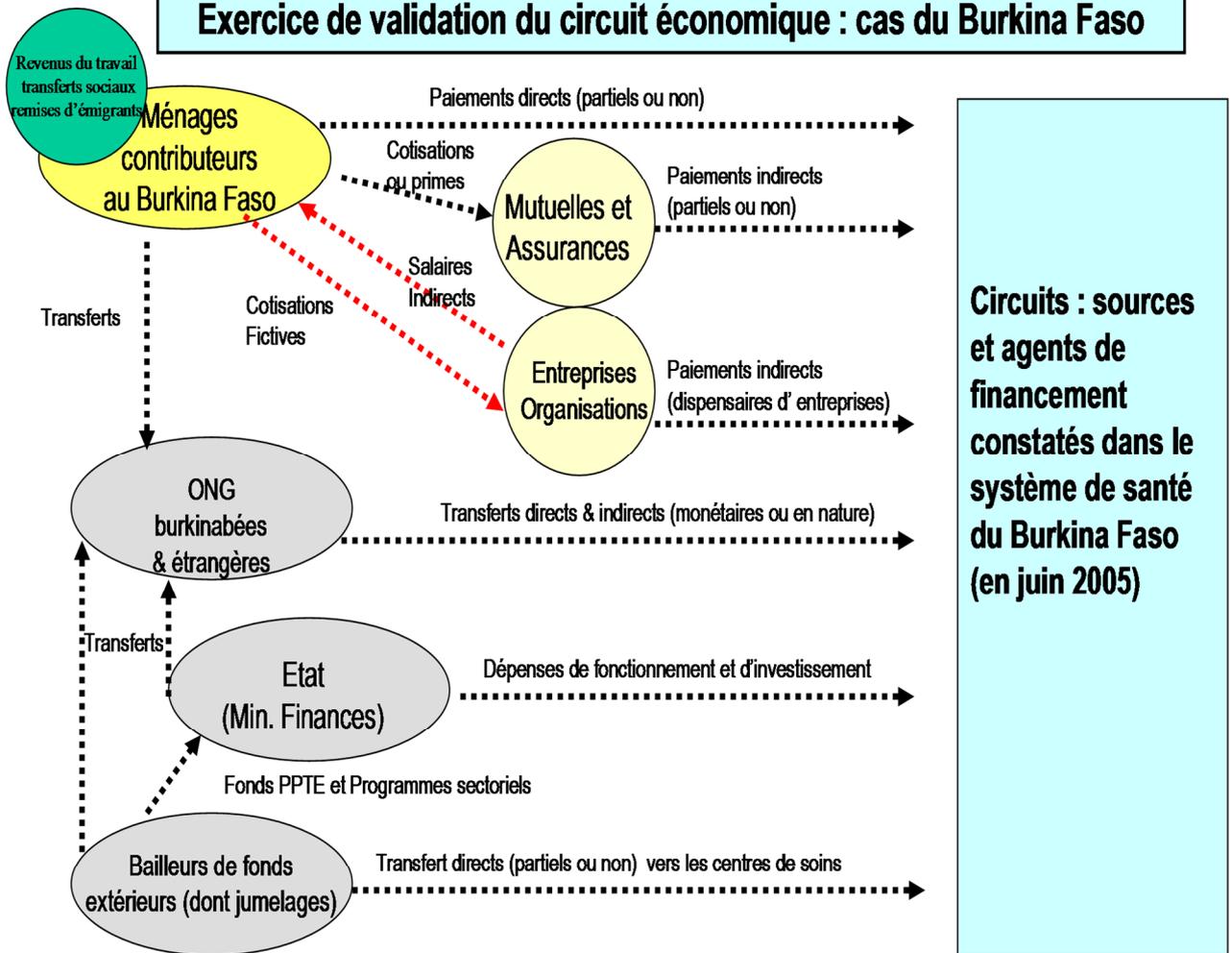


Figure 1 : Interrelations entre les quatre principales entités

Les flux financiers sont représentés dans la figure n°2 ci-dessous.

C2 : La representation empirique des flux financiers : enjeu CNS
Exercice de validation du circuit économique : cas du Burkina Faso



Circuits : sources et agents de financement constatés dans le système de santé du Burkina Faso (en juin 2005)

Figure 2 : Représentation des flux financiers

I.3 Rappel des objectifs de l'étude réalisée en 2005

L'objectif général est d'améliorer l'allocation et l'équité des dépenses publiques de santé à travers le renforcement des capacités de suivi et d'évaluation dans le secteur de la santé.

De façon spécifique, il s'est agi de :

- compiler des statistiques descriptives pour apprécier les performances du système de santé ;
- décrire des arrangements institutionnels entre le financement et la prestation des services de santé ;

à travers le système de santé pour les

- identifier dans le secteur de la santé où l'équité dans la distribution des soins de santé peut être améliorée ;
- appuyer le développement d'un cadre interne de capacité pour l'élaboration périodique des CNS.

Ces objectifs toujours d'actualité sont applicables aux CNS de 2005 dont l'élaboration s'inscrit dans la durabilité.

I.4 Méthodologie

La démarche méthodologique utilisée pour élaborer les CNS du Burkina Faso se base essentiellement sur les prescriptions du SCS et du guide d'élaboration des CNS de 2005 (version française) de la Banque Mondiale, de l'OMS et de l'USAID. Toutefois, il est important de préciser certains aspects particuliers qui ont permis de mieux adapter la méthodologie standard du SCS au contexte du Burkina Faso. Ces éléments sont beaucoup plus liés à la démarche de collecte des données et de couverture même des dépenses de santé car pour ce qui est des concepts, les définitions sont assez standardisées pour être modifiées.

D'entrée de jeu, il convient de signaler que par rapport au premier exercice d'élaboration des CNS (2003 et 2004), les CNS de 2005 ont bénéficié d'une abondante récolte d'informations du fait du temps imparti et de la disponibilité de certaines données inexistantes les autres années. Ainsi, on a pu collecter les données relatives aux activités d'appui aux mutuelles et aux Institutions Sans But Lucratif au service des Ménages (ISBLM) et améliorer la couverture de l'enquête auprès des employeurs et des officines. Mais, le point le plus important à ce niveau est la prise en compte des données de l'outil National AIDS Spending Assessment (NASA) sur les dépenses du VIH/SIDA qui sont beaucoup plus exhaustives que les données collectées les années précédentes.

Cependant, l'outil NASA pour le traitement des données est différent du dessin d'enregistrement utilisé pour les CNS. En raison du retard accusé dans la parution des CNS, l'équipe a pris l'option de générer les tableaux CNS à partir de la base des données et à intégrer les données des comptes nationaux du VIH/SIDA avec les insuffisances que cela comporte. Il reste entendu que pour les prochains exercices, un effort sera fait pour codifier les données y relatives à partir du dessin d'enregistrement et en utilisant les supports de collecte des données. Ce qui permettra d'avoir une base de données unique.

Pour le budget de l'Etat, quelques insuffisances méritent d'être signalées. Il s'agit notamment de la non disponibilité du fichier sur les données budgétaires qui aurait permis de mieux ventiler le montant global du budget exécuté en 2005, du Ministère de la Santé (MS) entre les

En raison des problèmes informatiques rencontrés par les services, il n'a pas été possible de disposer de données précises. Néanmoins, en se basant sur la structure du budget 2004, la répartition de 2005 a été faite entre les différentes rubriques budgétaires, mais cela ne constitue qu'une approximation car d'une année à l'autre la structure budgétaire peut connaître une évolution.

Un autre écueil a été l'estimation des dépenses directes des ménages. En l'absence d'enquête nationale, on continue d'estimer ces dépenses en se basant sur celles de 2003 (issues de la dernière enquête ménages réalisée par l'INSD) en s'efforçant toutefois de tenir compte des changements de prix (par l'utilisation de l'indice harmonisé des prix à la consommation l'IHPC) et de la croissance démographique (en appliquant le taux de croissance démographique issu du RGPH de 1996).

Les dépenses des ménages prennent en compte celles de la médecine traditionnelle.

Une innovation dans les CNS 2005 a été l'élaboration du sous compte paludisme. A ce niveau, les données ont été collectées directement auprès des officines et des laboratoires d'analyses médicales de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso. Tous les laboratoires et toutes les officines n'ont pas répondu au questionnaire. L'estimation, sur le plan national a été faite par la suite. Là également, il faut reconnaître qu'il y a une probable sous-estimation des dépenses, notamment celles effectuées par les ménages du fait de l'absence d'une enquête nationale pouvant permettre d'isoler les dépenses spécifiques au paludisme.

Sur le plan administratif, en octobre 2006, des correspondances ont été adressées par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé aux responsables des structures concernées par la collecte des données. C'est ainsi qu'elle a été réalisée auprès des officines, des laboratoires d'analyses médicales au niveau de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso, des Organisations Non Gouvernementales, des structures d'appui aux mutuelles de santé et des entreprises pour la période allant du 04 au 14 décembre 2006. Elle a pratiquement duré plus de dix jours à cause des difficultés rencontrées, parmi lesquelles :

- la période peu favorable à la collecte des données :
 - grande mobilité des responsables des structures ;
 - période d'élaboration des bilans 2006 et des projets de budget 2007.
- Le problème de communication entre les différentes structures :
 - correspondance non parvenue à certaines structures ;

l'information au niveau de certaines

- la réticence de certains répondants du fait de la méconnaissance des CNS ;
 - le retard dans le traitement des données au niveau de l'administration ne favorisant pas la disponibilité à temps réel ;
 - les données disponibles non organisées selon les besoins des CNS.
- La difficulté pour les entreprises de faire ressortir les dépenses spécifiques relatives au paludisme ;
 - la non classification du paludisme selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS afin de mieux capter les dépenses associées à cette maladie ;
 - l'insuffisance du questionnaire sur le paludisme liée à l'absence d'une liste exhaustive pour les médicaments antipalustres et les examens entraînant des données non uniformisées.

Au niveau de la base des données, le code actif 2 a été utilisé pour éviter la double comptabilisation avec les dépenses des ménages au niveau de l'Enquête Burkinabé sur les Conditions de Vie des Ménages réalisée par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Les données collectées ont été regroupées par famille de données.

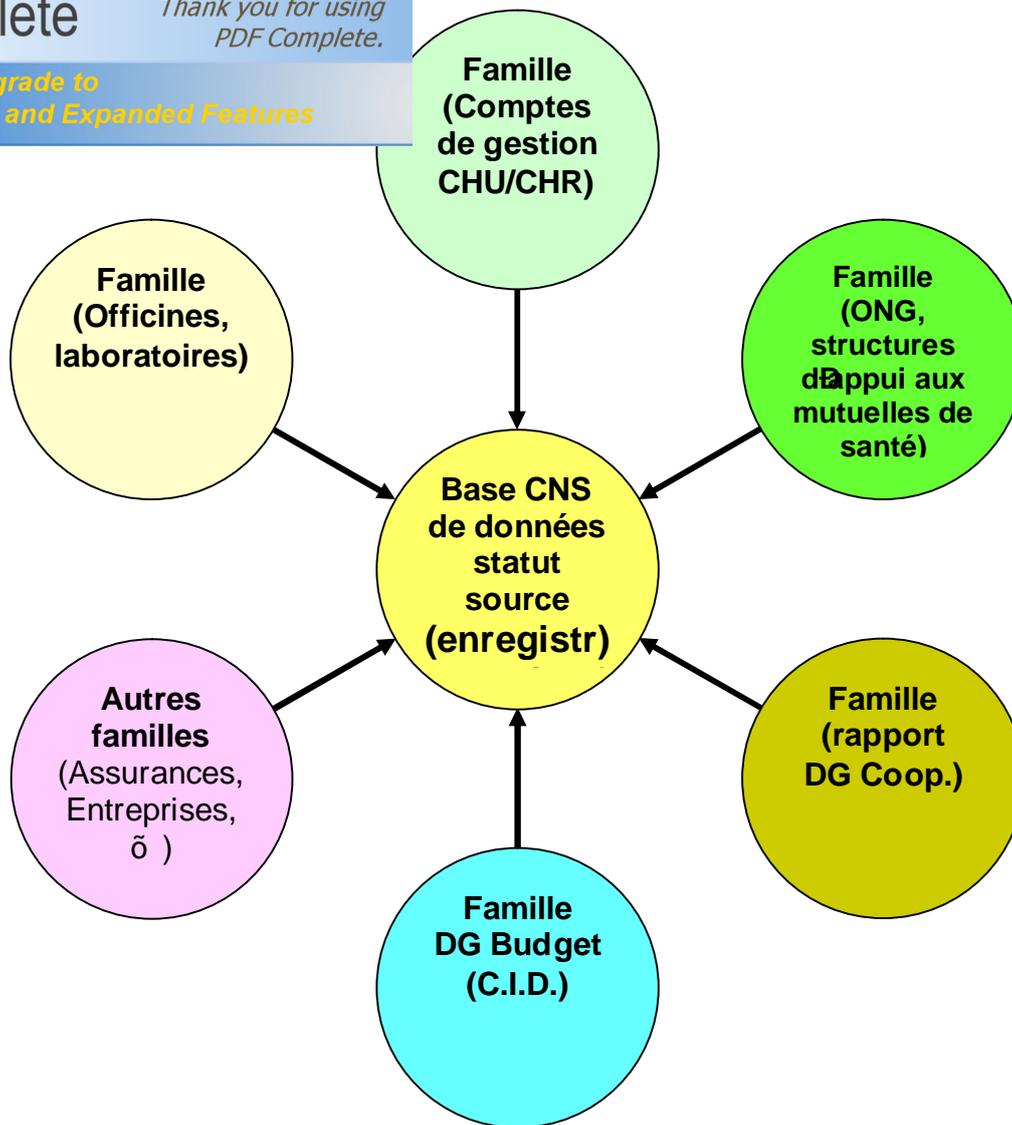


Figure 3 : Familles de données

Passage des familles de sources de données à la base CNS de données en statut « source » (enregistrement sous feuille Excel selon le langage des CNS adapté au cas du Burkina Faso . dont classifications ICHA adaptées)

Elles ont par la suite été codifiées à partir du dessin d'enregistrement, conçu pour les CNS de 2003 et 2004. Il s'agit d'un enregistrement sous une feuille Excel selon le langage des CNS adapté au Burkina Faso à partir de la Classification Internationale des Comptes de la Santé (ICHA). La confection des tableaux CNS a permis de faire l'arbitrage des données pour assurer leur cohérence et leur plausibilité et également d'éviter la double comptabilisation.

Les contributions aux organismes internationaux comme l'OMS, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), n'ont pas été comptabilisées.

le Ministère de la Santé ne sont pas des
CNS. Il s'agit de dépenses de coopération
internationale.

I.5 Données géographiques

Le Burkina Faso est un pays sahélien, enclavé, situé en Afrique de l'Ouest. Il couvre une superficie de 274 200 km² et est limité par six pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat tropical de type soudanien, alterne une saison sèche d'octobre à avril et une saison pluvieuse de mai à septembre.

La végétation est de type soudano-sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eaux non permanents dont les principaux sont le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

I.6 Données démographiques

La population du Burkina Faso est estimée à 10 312 609 habitants¹ en 1996 avec un taux d'accroissement de 2,4 % l'an. En 2006, elle est estimée à 13 730 258 habitants² composée de 51,7% de femmes et 48,3% d'hommes ; il en résulte un accroissement annuel moyen d'environ 341 765 personnes³ sur la période 1996-2006.

Les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de l'année 2006 montrent que la grande majorité de cette population, 10 963 875 habitants, soit 79,7% réside en milieu rural contre 2 766 383 habitants (20,3%) en milieu urbain.

La répartition géographique présente des inégalités selon les régions. En effet, la région du Centre qui abrite la capitale administrative du pays abrite 11,1% de l'ensemble de la population. Elle est suivie des régions de la Boucle du Mouhoun (10,5%) et des Hauts-Bassins (10,3%). En revanche, la région des Cascades est la moins peuplée (3,8%), après les régions du Centre-Sud (4,7%) et du Sud-Ouest (4,6%).

I.7 Données socioculturelles

Sur le plan de l'éducation de base, le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base est de 60,7% pour l'année 2005 dont 54,5% chez les filles. Le taux d'alphabétisation pour la population de plus de 15 ans est de 34% dont 38,9% pour les hommes et 29 % pour les femmes.

¹ Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996 (RGPH, 1996)

² Recensement général de la population et de l'habitat, 2006 (RGPH, 2006)

³ Le taux d'accroissement n'a encore été calculé par l'INSD

caractérisée par une soixantaine de groupes
les langues parlées sont le mooré, le dioula
et le tuiuride. La langue officielle est le français.

Les religions dominantes sont l'islam (52%), le christianisme (24,3%) et l'animisme (23,3%)⁴.

I.8 Situation économique

A l'instar de nombreux pays africains, le Burkina Faso a évolué au cours de ces dernières années, dans un environnement difficile, caractérisé par la dévaluation du franc CFA, la mondialisation et la globalisation de l'économie.

Au niveau de la sous région, le Burkina Faso, dans le cadre de l'intégration, fait partie de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Pour la surveillance multilatérale des économies des huit pays membres, des critères de convergence de premier et de seconds rangs ont été définis.

Le PIB nominal est passé de 2292,9 milliards de F CFA en 2002 à 2482,1 milliards de F CFA en 2003 puis successivement à 2698,4 milliards de F CFA en 2004 et de 2 961,2 milliards de F CFA en 2005.

Pour ces années, la croissance du PIB réel est passée respectivement de 4,6% en 2002 à 8% en 2003 à 4,6% en 2004 puis à 7,1% en 2005.

La croissance du PIB réel par habitant évolue en dents de scie. Elle est passée de 2,3% en 2002 à 2,6% en 2003 à 2,2% en 2004 et à 4,6% en 2005.

Les réformes budgétaires entreprises par le gouvernement, notamment l'amélioration du cadre juridique, le renforcement des capacités de recouvrement des recettes et le renforcement de la transparence dans la gestion des finances publiques ont contribué à la consolidation du cadre macroéconomique.

En fin 2005, l'encours de la dette publique s'est établi à 1270,6 milliards de FCFA contre 1171,3 milliards de FCFA en 2004.

Le ratio encours de la dette par rapport au PIB est de 42,9% en 2005; ce qui est satisfaisant car inférieur à la norme de l'UEMOA fixée à 70% (seuil à ne pas dépasser).

⁴ Enquête Prioritaire sur le profil de pauvreté, INSD, 2003

e et administrative

Sur le plan politique, le pays a renoué avec la démocratie et le multipartisme ; un régime constitutionnel a vu le jour en juin 1991. Ce régime constitutionnel comprend trois pouvoirs : l'exécutif, le législatif et le judiciaire.

Sur le plan administratif, le territoire national est divisé en régions, provinces, départements, communes et villages. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le processus de décentralisation du territoire est toujours en cours. La communalisation intégrale a été instituée et les élections municipales ont eu lieu en avril 2006. Des conseils régionaux sont mis en place dans toutes les régions.

I.10 Organisation du système de santé

• Organisation administrative

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois niveaux :

- le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du ministre et du Secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire qui comprend treize Directions régionales de la santé (DRS) ; elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les régions sanitaires ;
- le niveau périphérique qui est représenté par les directions provinciales de la santé⁵ comprenant cinquante cinq districts sanitaires ; mais depuis juin 2007, le nombre des districts sanitaires est passé à 63. Les districts sanitaires constituent les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

• Organisation des structures de soins

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires :

- le premier niveau constitué par le district sanitaire comprend deux échelons :

⁵ Les directions ne sont pas encore fonctionnelles

de soins est le Centre de Santé et de (CSPS), structure de base et de premier contact du système de santé ;

- le deuxième échelon de soins du district est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district ; certains districts sanitaires sont centrés sur des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
- le deuxième niveau est représenté par le CHR. Il sert de référence et de recours aux CMA ;
- le troisième niveau est constitué par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche.

En plus des structures publiques de soins, il convient de noter l'existence des structures sanitaires privées surtout à but lucratif et du secteur sanitaire traditionnel.

II.1 Principaux problèmes de santé

Les efforts déployés depuis plusieurs années, notamment au cours de la mise en œuvre de la tranche 2001-2005 du PNDS, ont permis d'améliorer l'état de santé des populations. Toutefois, cette amélioration est relative au regard de la persistance des endémo-épidémies, aux insuffisances de l'hygiène publique et hospitalière, à la faible qualité des services, au faible développement de la santé communautaire et à la faible performance du système national de santé.

Les principaux problèmes peuvent être résumés en sept points que sont :

- **La morbidité et la mortalité générales demeurent élevées**

La mortalité générale au Burkina Faso est élevée, de l'ordre de 17‰. Elle est le résultat d'un profil épidémiologique en transition marqué par la coexistence des maladies infectieuses et des maladies chroniques.

La morbidité touche particulièrement les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées. Elle est le fait des endémo-épidémies telles que le paludisme (première cause de morbidité et de mortalité dans les formations sanitaires publiques), des flambées épidémiques d'ampleur variable (méningite, fièvre jaune, choléra, etc.), des maladies non transmissibles (maladies cardio vasculaires, diabète, cancer, etc.). Il faut noter également la contribution importante de la malnutrition protéino-énergétique et des carences nutritionnelles spécifiques (fer, iode, vit A) qui touchent aussi bien les enfants que les femmes enceintes. En effet, selon l'EDS 2003, 34% à 38% des enfants de moins de cinq ans souffrent d'une insuffisance pondérale et 13% à 19% d'une malnutrition aiguë. Chez les femmes enceintes, 40% à 68% présentent un déficit en fer.

Le niveau élevé de la mortalité est dû aux taux élevés des mortalités infantile, infanto juvénile et maternelle.

Selon l'EDS 2003, la mortalité infantile est de 81‰, la mortalité infanto juvénile de 184‰. Les principales causes sont les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la malnutrition.

Quant à la mortalité maternelle, elle est également élevée. L'EDS 98-99 estimait le ratio à 484 décès pour 100.000 naissances vivantes, mais elle serait, selon l'OMS, plus élevée, de l'ordre de 700 pour 100.000 naissances vivantes. Les principales causes directes sont les infections, les hémorragies, la rétention placentaire, les ruptures utérines, les complications des avortements et les éclampsies. Outre ces causes, il existe d'autres facteurs aggravants tels que le faible statut nutritionnel des mères, les grossesses nombreuses et rapprochées et leurs

ture obstétricale et la faible utilisation des services de santé de la reproduction.

Les accidents de la circulation, les traumatismes et autres violences participent également au maintien à des niveaux élevés de la morbidité et de la mortalité.

- **La prévalence du VIH/SIDA reste élevée**

La pandémie du VIH/SIDA constitue aujourd'hui l'une des grandes préoccupations de santé publique et de développement dans le pays. A cet effet, les mesures prises ont permis de réduire la prévalence de l'infection qui est passée, selon l'ONUSIDA⁶, de 6,5% en 2001 à 4,2 % en 2002 et de 2 % en fin 2005⁷.

Malgré cette tendance à la baisse, l'infection à VIH touche surtout la tranche d'âge entre 15 et 40 ans; elle est due en grande partie aux comportements à risque et à la persistance des pesanteurs socioculturelles. Les efforts de lutte contre cette pandémie doivent être poursuivis en dépit de ce léger recul de la prévalence de la maladie, car les conséquences de cette pandémie à terme sont, entre autres, l'affaiblissement du tissu social, la désorganisation des services sociaux comme la santé et l'éducation, et les impacts négatifs sur l'économie nationale.

- **L'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé reste limitée**

La couverture du pays en infrastructures est globalement insuffisante, doublée d'une répartition inégale des formations sanitaires existantes dans les régions. Cela s'explique en partie, par le non respect des normes de la couverture sanitaire du pays. Le rayon moyen théorique entre les formations sanitaires est très variable, allant de 1,40 km pour la région sanitaire du Centre à 18,59 km⁸ en 2005 pour la région sanitaire de l'Est.

En effet, bien que l'on observe une réduction du rayon moyen d'action des formations sanitaires qui passe de 9,18 km en 2001 à 8,2 km en 2005, les zones rurales et périurbaines demeurent faiblement couvertes en infrastructures ; ce qui en limite l'accessibilité géographique aux populations. Il existe encore de nombreuses formations sanitaires incomplètes et bien souvent, les infrastructures sont fortement dégradées par insuffisance, voire par manque d'entretien.

⁶ L'ONUSIDA utilise une méthode basée sur la sérosurveillance par site sentinelle

⁷ Rapport ONUSIDA 2006

⁸ Annuaire statistique 2005

ancièrre, le coût des prestations de soins et riques, est généralement élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population, surtout dans un contexte de pauvreté particulièrement en zones rurales.

- **La qualité des services de santé demeure faible**

Le paquet minimum d'activités n'est pas entièrement offert dans toutes les formations sanitaires existantes dû en partie à l'insuffisance des ressources, surtout humaines, en quantité et en qualité. Ceci entraîne une faible disponibilité d'un grand nombre de prestations de soins (curatifs, préventifs et promotionnels) au niveau des formations sanitaires. Les prestations offertes par les structures de soins, ne répondent pas toujours aux critères de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des populations. Le système de référence et de contre référence n'est pas assez fonctionnel.

En effet, les formations sanitaires de référence, ne sont pas toujours accessibles, mais en outre elles ne sont pas capables de prendre en charge certains cas de maladies à cause de leur sous équipement et de l'insuffisance du personnel spécialisé.

II.2 Rappel de la Politique Sanitaire Nationale et du Plan National de Développement

II.2.1 Politique Sanitaire Nationale

Pour faire face aux nombreux défis en matière de santé, le gouvernement a adopté en 2000, la Politique Sanitaire Nationale (PSN) et en 2001, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), couvrant la période 2001-2010.

La PSN a pour but de contribuer au bien-être des populations.

Ce but est défini à partir de notre vision d'un système national de santé qui doit être un système intégré, garantissant la santé pour tous avec solidarité, équité, éthique et offrant des soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité, accessibles géographiquement et financièrement, avec la participation effective et responsable de tous les acteurs.

La mission de ce système est de satisfaire les besoins essentiels de santé des populations.

La PSN s'est fixée comme objectif général d'améliorer l'état de santé des populations et plus spécifiquement de :

- réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations ;
- renforcer la lutte contre le VIH/SIDA ;
- améliorer le contrôle des facteurs de risque.

Développement Sanitaire

Le PNDS est la traduction programmatique de la PSN.

L'Objectif général du plan est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations.

Les objectifs intermédiaires sont :

- accroître la couverture sanitaire nationale ;
- améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
- renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles ;
- réduire la transmission du VIH ;
- développer les ressources humaines en santé ;
- améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
- accroître les financements du secteur de la santé ;
- renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

II.3 Evolution de quelques indicateurs de santé sur les cinq dernières années

Comme présenté dans le tableau ci-dessous, les indicateurs de santé évoluent favorablement au Burkina Faso. La prévalence du VIH/SIDA décroît de façon sensible, la pratique de la contraception est de plus en plus intégrée dans le quotidien des populations, les campagnes de vaccination touchent de plus en plus d'enfants. De plus, la mortalité et la morbidité infantile et infanto juvénile observent un net recul.

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs de santé sur les cinq dernières années

Indicateurs	2001	2002	2003	2004	2005	SOURCES
Prévalence du VIH/SIDA (%)	4,8	4,4	4,2	2,7	2,01	SP/CNLS
Couverture en CPN2 (%)	ND	ND	ND	62,05	63,31	DEP/SANTE
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié (%)	36,09	ND	ND	33,49	37,67	DEP/SANTE
Prévalence contraceptive (%)	12,6	14,48	15,85	16,39	21,89	DEP/SANTE
couverture en BCG (%)	84,46	91	86,32	109,7	111,7	DEP/SANTE
Couverture en DTC3 (%)	64,26	70	78,3	87,7	96,29	DEP/SANTE
Couverture en VAA (%)	51,95	69,53	66,32	75,46	84,09	DEP/SANTE
Couverture en VAR (%)	65,44	64,63	70,08	77,75	84	DEP/SANTE
Rayon moyen d'action (km)	9,18	9,07	8,68	8,34	8,2	DEP/SANTE
% des formations sanitaires respectant les normes en personnel	ND	76,59	69	75,8	77,05	DEP/SANTE
Mortalité des enfants (0 à 5 ans pour 1000)	219	219	184	184	184	INSD
Mortalité infantile (0 à 1 ans, pour 1000)	105	105	81	81	81	INSD
Mortalité juvénile (1 à 5 ans, pour 1000)			111			INSD
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	484	484	484	484	484	INSD

III.1 Fonctions de financement de la santé

Selon l'OMS, les fonctions interdépendantes de financement de la santé se résument essentiellement à trois. Il s'agit de :

- la collecte des contributions: système pour recevoir l'argent des ménages, d'organisations, sociétés et des donateurs ;
- la mise en commun des ressources: accumuler et gérer les revenus de manière que le risque du paiement des soins de santé soit reparté entre tous les membres du groupe et non pas assumé par chacun des cotisants ;
- l'achat des interventions: processus au cours duquel des fonds d'une caisse sont versés à des prestataires pour que ces derniers fournissent une série d'interventions sanitaires préalablement définies ou non.

III.2 Volume de financement de la santé

L'estimation des dépenses et des flux de financement par les CNS fournit un indicateur fiable de la « santé financière » d'un système de santé, et ceci peut être utilisé comme outil de planification stratégique. Toutefois, la valeur des CNS ne réside pas dans les conclusions en elles-mêmes, mais dans les questions du type « en quoi est-ce important ? » auxquelles les conclusions peuvent répondre. Par exemple, si un pays dépense 9% de son PIB pour des soins de santé, cette information en elle-même n'est pas aussi significative que la réponse à la question « en quoi est-ce important que ce pays dépense tellement dans le secteur de la santé ? ». En comparant ce niveau de dépenses aux résultats pour la santé dans ce pays, ou à d'autres pays dans la même catégorie socioéconomique, la réponse à la question « en quoi est-ce important ? » devient apparente. Les CNS permettent de déterminer trois niveaux de financement des dépenses de santé d'un pays :

- la Dépense totale actuelle pour la santé (DTAS) obtenue en sommant les dépenses des niveaux HC.1 à HC.7 ; elle est de **180,736 milliards** de F CFA en 2005 ;
- la Dépense totale pour la santé (DTS) qui est égale à la DTAS à laquelle on ajoute les dépenses du niveau HCR.1 (formation de capital des établissements fournissant des soins de santé). C'est ce qui est mesuré habituellement par la plupart des pays ; elle est de **193,471 milliards** de F CFA en 2005.

u être calculées du fait que les termes de mités à deux tableaux à savoir sources de financement vers agents de financement et agents de financement vers prestataires.

- la Dépense nationale de santé (DNS) qui est l'évaluation qui répond mieux aux besoins et attentes des décideurs. Elle inclut n'importe laquelle des fonctions en rapport avec la santé à partir de HC.R.2.

C'est donc cet agrégat qui est calculé lorsque l'on dispose du maximum d'informations sur les fonctions de santé (de HC.1 à HC.R.5). **Pour l'exercice 2005, la DNS du Burkina Faso s'élève à 202.1 milliards de FCFA.** Comparé aux chiffres de 2003 et 2004 (qui étaient respectivement de **136 milliards** et de **164 milliards**), on se rend compte que le chiffre de 2005 traduit une forte hausse. Toutefois l'interprétation de cette hausse ne doit pas être faite seulement en termes d'effort financier accru dans le secteur de la santé, mais elle doit tenir compte surtout des efforts faits par l'équipe technique dans l'amélioration de la couverture en termes de collecte de données. En effet, l'élaboration des CNS de l'année 2005 a pris en compte certaines rubriques qui n'étaient pas suffisamment prises en compte dans les exercices précédents du fait essentiellement du temps imparti et de la disponibilité de certaines informations.

Ainsi, pour les CNS 2005, les données sur les structures d'appui aux mutuelles de santé, les dépenses des employeurs privés, et la plupart des ONG intervenant dans le domaine de la santé ont été suffisamment prises en compte. En outre, l'estimation des dépenses pour le VIH/SIDA qui était partielle pour l'exercice précédent a été améliorée par la prise en compte des données de l'outil NASA. Cela a permis de passer d'une DNS initiale de **178 milliards** de FCFA au chiffre final de **202,1 milliards de FCFA.** Cet écart s'explique par le fait que cet outil qui est conçu spécialement pour estimer l'effort financier national en matière de VIH/SIDA est plus exhaustif en termes de couverture des dépenses liées à la pandémie que les CNS qui ne prenaient en compte jusque là qu'une partie du financement lié au VIH/SIDA du fait de la disponibilité des données.

Une interprétation pertinente des résultats des CNS doit tenir compte également des caractéristiques propres au pays, d'où la nécessité de faire le lien entre la DNS et certains indicateurs macro et socio-économiques. A ce titre, la DNS 2005 représente 6,8% du PIB courant de 2005, contre respectivement 5,5% et 6,1% en 2003 et en 2004.

Le tableau N°2 ci-dessous fournit des indications sur les dépenses de santé en pourcentage du PIB de certains pays pour les années 2003 et 2004 ; les données de 2005 ne sont pas disponibles pour la quasi-totalité des pays.

nté % du PIB

Pays	Dépense totale de santé % du PIB	
	2003	2004
Bénin	4,6	4,9
Burkina Faso	5,4	6,1
Côte d'Ivoire	3,9	3,8
Ghana	6,7	6,7
Mali	6,3	6,6
Niger	3,9	4,2
Sénégal	5,5	5,9
Togo	5,4	5,5
Afrique du Sud	8,5	8,6
France	10,4	10,5
Etats-Unis d'Amérique	15,2	15,4

III.3 Répartition des dépenses de santé par région en 2005

Le tableau n°3 ci-dessous fait une répartition des dépenses de santé par région.

Tableau 3 : Répartition des dépenses de santé par région en 2005

Région	Poids démographique	Incidence de la pauvreté	Part dans l'ensemble des financements *		Part des financements mobilisés par l'APU **		Paiements directs des ménages	
			Montant en millions	%	Montant en millions	%	Montant en millions	%
Boucle du Mouhoun	11,22%	60,4%	8 350	7,74%	2 331	8,83%	4 674	6,19%
Cascades	3,26%	39,1%	3 725	3,45%	943	3,57%	2 782	3,68%
Centre	9,30%	22,3%	31 281	29,00%	7 049	26,70%	21 183	28,04%
Centre Est	8,02%	57,1%	9 684	8,98%	1 198	4,54%	8 486	11,23%
Centre Nord	8,77%	34,0%	3 733	3,46%	1 269	4,81%	2 463	3,26%
Centre Ouest	8,52%	41,3%	11 285	10,46%	1 467	5,56%	9 595	12,70%
Centre Sud	5,66%	66,1%	1 915	1,78%	894	3,39%	1 017	1,35%
Est	8,58%	40,9%	4 662	4,32%	1 065	4,03%	3 597	4,76%
Hauts Bassins	10,47%	34,8%	15 756	14,61%	5 545	21,00%	8 895	11,78%
Nord	8,95%	68,6%	3 494	3,24%	1 669	6,32%	1 825	2,42%
Plateau Central	6,10%	58,6%	7 325	6,79%	602	2,28%	6 720	8,90%
Sahel	7,07%	37,2%	2 874	2,66%	1 044	3,95%	1 830	2,42%
Sud Ouest	4,08%	56,6%	3 795	3,52%	1 329	5,03%	2 466	3,26%
Total			107 879		26 405		75 533	

Sources

Poids démographique: Calcul effectué à partir des données de l'annuaire statistique DEP ; 2005

Incidence de la pauvreté: Profil de pauvreté du Burkina , INSD, 2003

Dépenses de santé: Calcul dérivés des comptes nationaux de la santé, 2005

APU: Administration Publique

(*) représente 52% du financement total

(**) représentent 26% des financements mobilisés par l'administration publique

graphique et la part dans l'ensemble des
les régions sanitaires à forte incidence de
pauvreté reçoivent moins de ressources.

C'est le cas notamment de la région sanitaire de la Boucle du Mouhoun par rapport à celles du Centre Est, du Centre Ouest et des Hauts Bassins. Cette situation suggère une répartition équitable des ressources.

L'analyse comparative entre l'incidence de la pauvreté et les parts dans l'ensemble des financements par région sanitaire montre une très grande disparité. En effet, le tableau ci-dessus révèle que les régions sanitaires ayant l'incidence de pauvreté la plus élevée sont celles qui reçoivent également le moins de financement. C'est le cas de la région du Nord, qui a une incidence de pauvreté de 68,6% et une part dans les financements de 3,24% contre 22,3% d'incidence de la pauvreté et 29% de part de financement pour la région sanitaire du Centre.

S'agissant de la contribution des ménages aux dépenses de santé par région, la région du Centre vient en tête avec la plus grande proportion, soit 28,04% contre 12,70% pour la région du Centre Ouest et 11,78% pour la région des Hauts Bassins. Une analyse comparative de l'incidence de la pauvreté et de la contribution des ménages semble montrer une corrélation entre pauvreté et capacité pour les ménages à faire face à leurs dépenses de santé. En effet, plus la région est pauvre, plus les parts relatives des dépenses de santé pour les ménages sont faibles. C'est le cas de la région du Nord avec une incidence de la pauvreté de 68,6% et une part des dépenses de santé des ménages de 2,42%, la région du Centre Sud avec 66,1% d'incidence de pauvreté et 1,35% des dépenses de santé des ménages. C'est le cas aussi, de la région du Nord qui a une incidence de pauvreté de 68,6% contre une contribution des ménages de 2,42%.

En poursuivant la réflexion sur la base de ces données, il devait avoir une relation entre poids démographique et part plus importante de paiement direct des ménages. Autrement dit, plus la population est élevée dans la région, plus la contribution des ménages aux dépenses de santé devrait l'être aussi. Ce qui n'est pas le cas. L'explication pourrait être la sévérité de la pauvreté en milieu rural. Le milieu rural regroupe un nombre plus important de pauvres comparativement au milieu urbain comme Ouagadougou et Bobo Dioulasso.

Cette analyse renforce le fait que des efforts doivent être faits pour réduire en général les dépenses de santé des ménages et particulièrement celles des milieux ruraux.

III.4 Sources de financement de la santé

L'un des objectifs de l'élaboration des CNS est de pouvoir répartir l'effort financier en matière de santé selon l'origine des fonds alloués. Cette préoccupation est prise en compte à travers la ventilation de la DNS par

es trois années d'élaboration des CNS, la répartition de la DNS par source de financement. En effet, les ménages, l'Etat et le reste du monde représentent toujours les trois plus importants financeurs du système de santé. Toutefois, si en 2003 et 2004, ce sont les ménages puis l'Etat qui finançaient le plus le système, en 2005, en revanche la tendance semble s'inverser avec la part du financement extérieur qui passe de 20,5% en 2003 à 35% en 2005, alors que sur la même période, on constate une baisse de la contribution des ménages et de celle publique qui passent respectivement de 49,8% à 37,4%, et de 25,5% à 23,9%.

Cette situation est due essentiellement à la meilleure estimation des fonds VIH/SIDA par la prise en compte des données de l'outil NASA. De façon générale, on note, en 2005 une meilleure prise en compte des rubriques autrefois ignorées du fait du manque de données. C'est ainsi que les fonds des ISBLM quasi absentes en 2003 et 2004 ont pu être pris en compte en 2005 par une enquête, qui bien que légère, a permis d'estimer leur contribution à **139 millions** FCFA. Il faut souligner également l'amélioration de l'estimation des fonds provenant des employeurs privés par une plus grande couverture de l'enquête auprès des entreprises, dont la part passe de 1,9% en 2003 à plus de 3% en 2005. Les différentes sources interviennent dans les dépenses de santé à travers des agents de financement.

Le tableau n°4 fait le croisement des sources et des agents de financement.

ises de santé entre les sources et les agents de

		Source de financement				Total
		Fonds des Administrations publiques	Fonds du secteur privé	Fonds du reste du monde	Fonds NST	
Agent de financement	Administration publique	47 508	359	61 148	258	109 273
	Secteur privé	807	80 114	2 527	692	84 140
	Reste du Monde	-	1 572	7 056		8 628
	Agent NST	-	-	-	28	28
Total		48 315	82 045	70 731	977	202 069

En ce qui concerne l'évolution de la structure de la DNS par source de financement, elle est résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Evolution de la structure de la DNS par source de financement de 2003 à 2005

Source de financement	2003		2004		2005	
	Montant en millions FCFA	%	Montant en millions FCFA	%	Montant en millions FCFA	%
Fonds publics	34 812	25,50	44 208	26,90	48 315	23,90
Fonds des employeurs privés	2 618	1,90	1 252	0,80	6 291	3,10
Fonds des ménages	67 824	49,80	73 753	45,00	75 615	37,40
Fonds des ISBLM	ND		ND		139	0,10
Fonds du reste du monde	27 988	20,50	43 991	26,80	70 731	35,00
Fonds NST	3 028	2,20	872	0,50	977	0,50
Ensemble	136 270	100,00	164 076	100,00	202 068	100,00

Alors que l'apport de l'administration publique est resté stable pendant les trois années, la contribution des ménages a progressivement diminué au profit des ressources extérieures. Ce constat est étayé par le graphique n°4 ci-dessous.

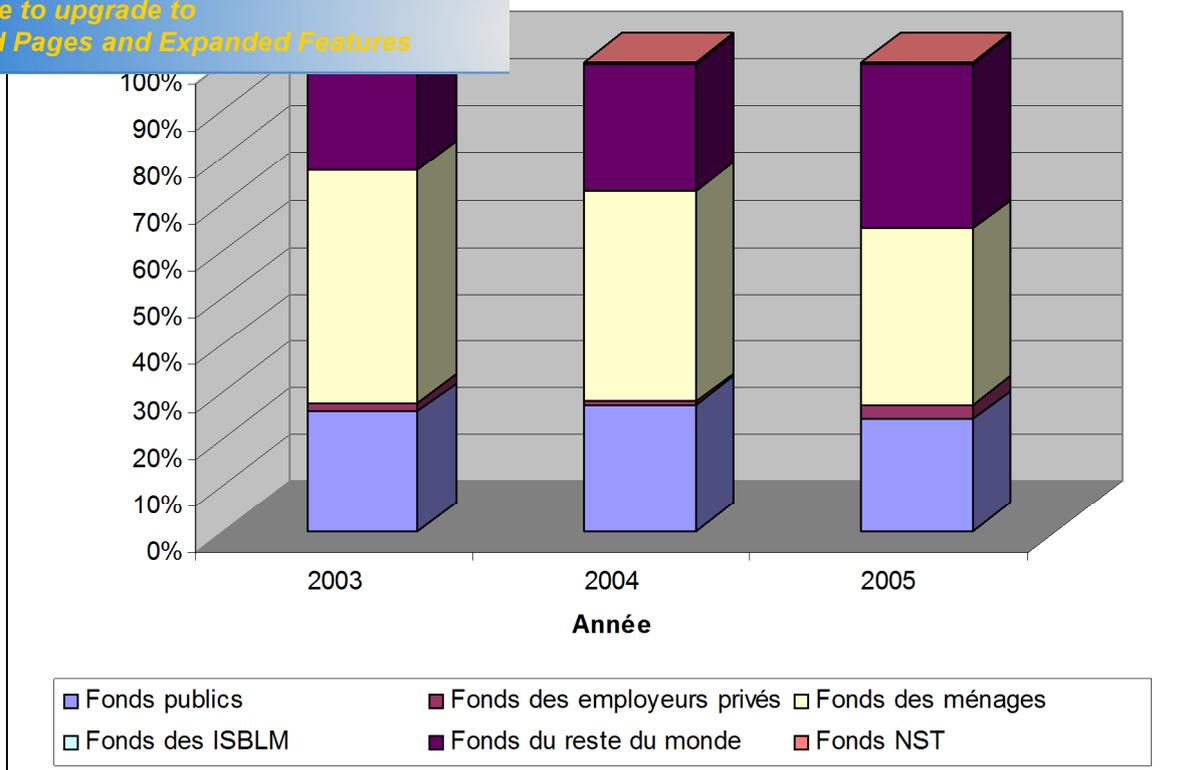


Figure 4 : Evolution de la structure de la DNS par source de financement de 2003 à 2005

De façon plus succincte, le graphique ci-dessous présente la répartition des dépenses de santé par source de financement pour l'année 2005.

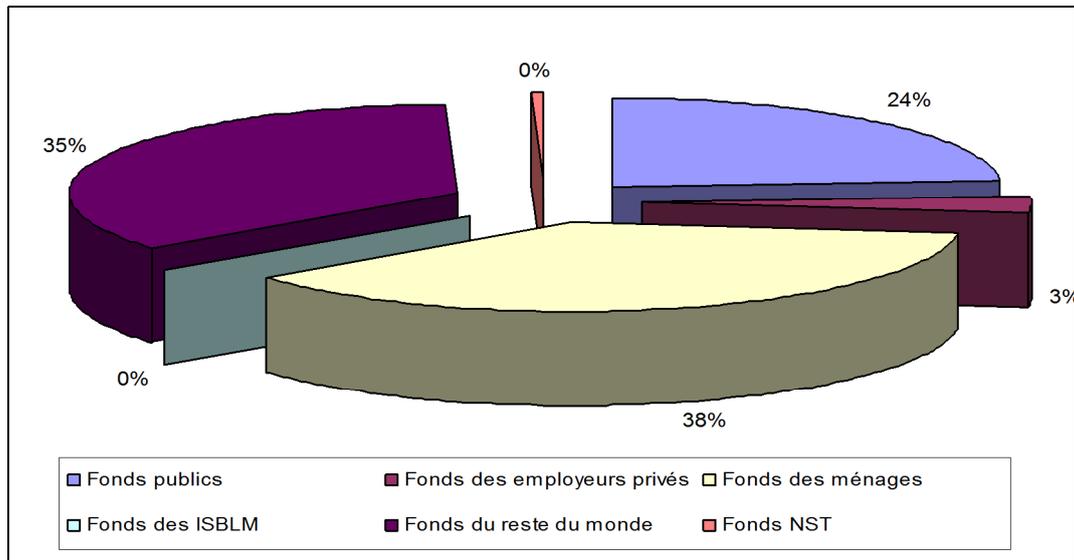


Figure 5 : Répartition des dépenses de santé de l'année 2005 par source de financement

la dépense totale de santé se présente de

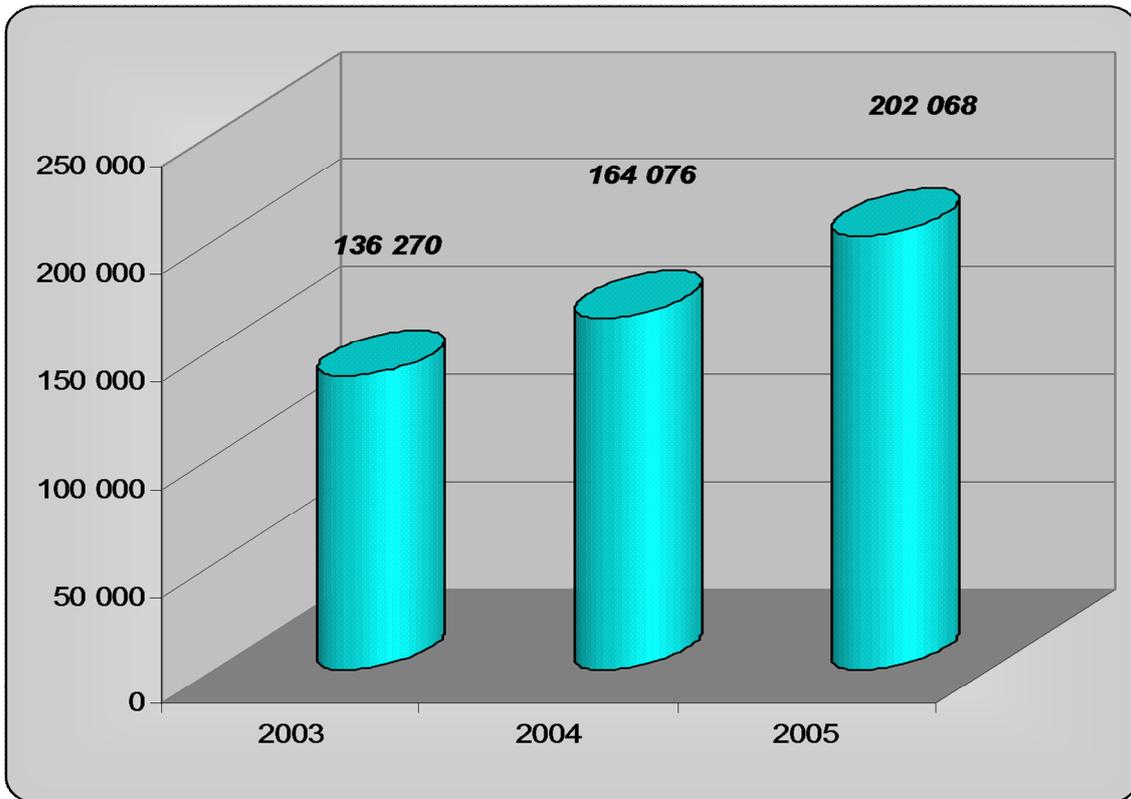


Figure 6 : Evolution de la dépense totale de santé de 2003-2005

III.5 Répartition des dépenses entre les prestataires

Les principaux prestataires concernés dans les CNS de l'année 2005 sont entre autres : les hôpitaux, les centres de soins ambulatoires, les biens médicaux, la santé publique et les programmes de prévention, l'administration générale de la santé et l'assurance maladie, les services sanitaires connexes et le reste du monde.

L'analyse sans les données du VIH/SIDA, révèle que sur les 177,97 milliards de F CFA de la DNS en 2005, 57,33 milliards de F CFA (32,21%) sont dirigés vers les pharmacies pour l'achat des biens médicaux, 43,88 milliards de F CFA (24,66%) vers l'administration générale de la santé et assurance maladie (dont 24,16% pour l'administration publique de santé), 24,49 milliards de F CFA (13,76%) vers les hôpitaux, 32,91 milliards de F CFA (18,47%) dans la santé publique et les programmes de prévention répertoriés, 12,55 milliards de F CFA (7,05%) vers les soins ambulatoires, 3,90 milliards de F CFA (2,19%) vers les institutions de recherche et d'enseignement.

de la DNS.

e reste du monde et les autres prestataires
nt successivement 0,67%, 0,59% et 0,38%

En incluant les données du sous compte VIH/SIDA en 2005 (tableau n°5 ci dessous), la dépense nationale de santé est estimée à 202,1 milliards de FCFA. De cette dépense, 13% est dirigé vers les hôpitaux, 16% vers les soins ambulatoires, 28% pour l'achat des biens médicaux, 16% pour la santé publique et les programmes de prévention répertoriés, 23% pour l'administration générale de la santé et assurance maladie (dont 22% pour l'administration publique de santé), 2% pour les institutions de recherche et d'enseignement. Les prestataires non spécifiés, le reste du monde et les autres prestataires de service de santé représentent chacun 1% de la DNS.

Pour l'administration publique, il convient de signaler que certaines dépenses effectuées à ce niveau sont au profit du niveau déconcentré. C'est le cas notamment des vaccins et des moustiquaires imprégnées pour les districts sanitaires.

		Agents de financement			
		Administration publique	Secteur privé	Reste monde	Ensemble des agents de financement
Prestataires	Hôpitaux	13 862	11 430	400	25 692
	Soins ambulatoires	12 761	14 321	5 483	32 565
	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	146	57 183	0	57 329
	Santé publ./prév.	32 904	0	6	32 911
	Adm. Gén. Santé & assurance maladie	44 604	882	66	45 552
	Autres prestataires de service de santé	1 306	580	0	1 886
	Services sanitaires connexes	2 582	0	1 316	3 899
	Reste du monde prestataires nsk	995	27	27	1 048
		124	1 064	0	1 188
	Total prestataires services de santé	109 284	85 487	7 298	202 069

Evolution des dépenses des prestataires de 2003 à 2005

En 2005, 13,76% (données sans VIH/SIDA) et 13% (données avec VIH/SIDA) de la DNS sont dirigés vers les hôpitaux contre 15% en 2004 et 16% en 2003 ; celle des soins ambulatoires est de 7,05% (données sans VIH/SIDA) et 16% (données avec VIH/SIDA) en 2005 contre 8% en 2004 et 9% en 2003. Quant aux biens médicaux au niveau des pharmacies, ils représentent 32,21% de la DNS avec les données VIH/SIDA et 28% sans les données du VIH/SIDA en 2005 contre 34% et 38% respectivement en 2004 et 2003.

Le tableau n°7 ci-dessous donne l'évolution des dépenses des prestataires.

Evolution des prestataires de 2003 à 2005 en %

	2003	2004	2005	
			Sans le VIH	Avec le VIH
Financement total (milliards FCFA)	136	164	177,97	202,1
Hôpitaux	16	15	14	13
Soins ambulatoires	9	8	7	16
Pharmacies (biens médicaux)	38	34	32	28
Santé publique et programme de prévention	10	14	19	16
Administration générale de la santé et assurance maladie	10	14	25	23
Autres ⁹	17	15	3	4
Total	100	100	100	100

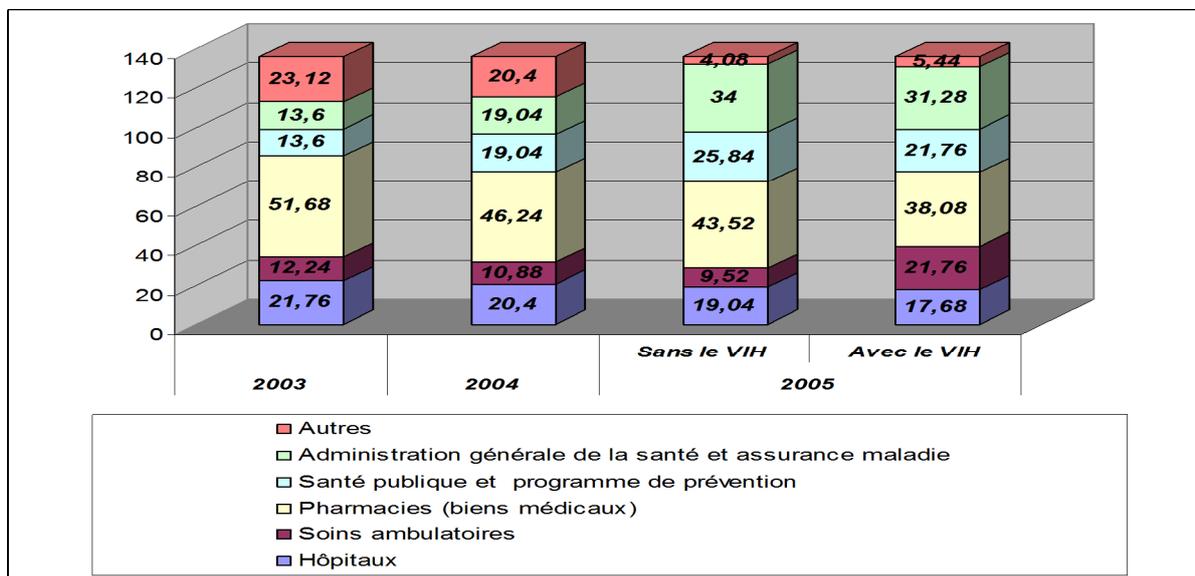


Figure 7 : Evolution des dépenses des prestataires de 2003 à 2005 en milliards de FCFA

III.6 Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires

L'analyse des données selon la classification fonctionnelle des dépenses des prestataires a été faite suivant le tableau croisé des prestataires et des fonctions (HFxHC) (tableau n°8 ci-dessous).

⁹ Il s'agit des autres prestataires des services de santé, du reste du monde et des prestataires non spécifiés

Prestataires de service de santé											
	Hôpitaux	Soins ambulatoires	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	Santé Publ/Prév.	Adm.Gén.santé & assurance maladie	Autres prestataires de service de santé	services sanitaires connexes	Reste du monde	Prestataires nsk	Ensemble prestataires services de santé	
Fonctions de santé	Services de soins curatifs & Services de réadaptation	14 973	4 886	0	8	304	0	0	718	167	21 056
	Services auxiliaires	5 240	2 890	0	0	132	0	0	0	0	8 262
	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	1 529	6 803	57 279	26 947	671	0	0	0	252	93 480
	Services de prévention et de santé publique	1	10 265	0	1 794	8 032	574	0	0	0	20 666
	Administration de la santé et assurance maladie	808	6 234	0	708	29 220	0	0	304	0	37 273
	Formation de capital des établissements prestataires de soins	712	212	0	3 158	8 653	0	0	0	0	12 735
	Éducation et formation du personnel de santé	0	0	0	293	260	0	1 437	0	0	1 990
	Recherche et développement dans le domaine de la santé	0	0	0	3	0	0	2 040	0	0	2 043
	Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)	3	189	50	0	1	0	421	0	0	664
	Hygiène du milieu	0	0	0	0	0	1	0	0	186	187
	fonction nsk	1 223	1 777	0	0	0	103	0	27	583	3 714
	Ensemble des fonctions de santé	24 490	33 255	57 329	32 911	47 272	678	3 899	1 048	1 188	202 069

Quel que soit le type d'analyse ou de classification, les dépenses des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires occupent une place très importante. Les produits pharmaceutiques, les appareillages thérapeutiques et autres biens médicaux non durables et durables représentent 46,45% en 2005.

Les médicaments fournis pour la lutte contre la filariose lymphatique que sont l'ivermectine et l'albendazol d'un montant de 25,390 milliards de F CFA et fournis par deux firmes internationales ont été pris en compte. Pour ce qui est de l'administration centrale, 18,55% des dépenses de santé y ont été consacrées, soit 37,475 milliards de F CFA. En valeur relative, 97,89% de cette part représente le poids des charges de fonctionnement, de l'encadrement, du suivi évaluation de l'administration centrale. Néanmoins, il convient de noter que certaines dépenses de l'administration sont au profit des niveaux déconcentrés, principalement

cas par exemple des dépenses de vaccins
es.

L'administration de la santé et de l'assurance maladie des organismes privés représente 2,11%.

Les soins curatifs et de réadaptation représentent 10,42% de la DNS, soit 21,056 milliards en valeur absolue. De ces dépenses, 69,63% représentent les soins curatifs en milieu hospitalier, 29,95% pour les soins curatifs ambulatoires et 0,42% pour l'appareillage et l'orthopédie.

Les services de prévention et de santé publique occupent une part non moins importante dans les dépenses de santé. En effet, 9,91% des dépenses de santé y ont été consacrées en 2005, soit 20,023 milliards de F CFA. Par composante, 30,05% ont été consacré à la santé maternelle et infantile, 59,08% à la prévention des maladies transmissibles et 2,87% à la médecine du travail.

Pour ce qui est des services auxiliaires, 4,12% des dépenses de santé y ont été consacrées en 2005, soit 8,325 milliards de F CFA, les services auxiliaires regroupent ; les services de laboratoires et d'analyses médicales, d'imagerie diagnostique, de transports sanitaires et de secours d'urgence.

La formation de capital des établissements prestataires de soins représente 6,30%, soit 12,735 milliards de F CFA, l'éducation et la formation du personnel de santé représente 0,98% de la DNS, soit 1,990 milliards de F CFA.

En 2005, les dépenses de santé consacrées à la recherche et au développement dans le domaine de la santé s'élèvent à 2,043 milliards, soit 1,01% des dépenses totales de santé. Le contrôle sanitaire de même que l'hygiène du milieu occupent respectivement 0,33% et 0,09%, soit 0,664 milliards et 0,187 milliards de F CFA.

Il convient de noter au terme de cette analyse que le montant de 3,714 milliards de F CFA soit 1,8% n'a pas pu être classé par nature de dépense.

La répartition graphique des dépenses de santé en 2005 par fonction se présente comme suit :

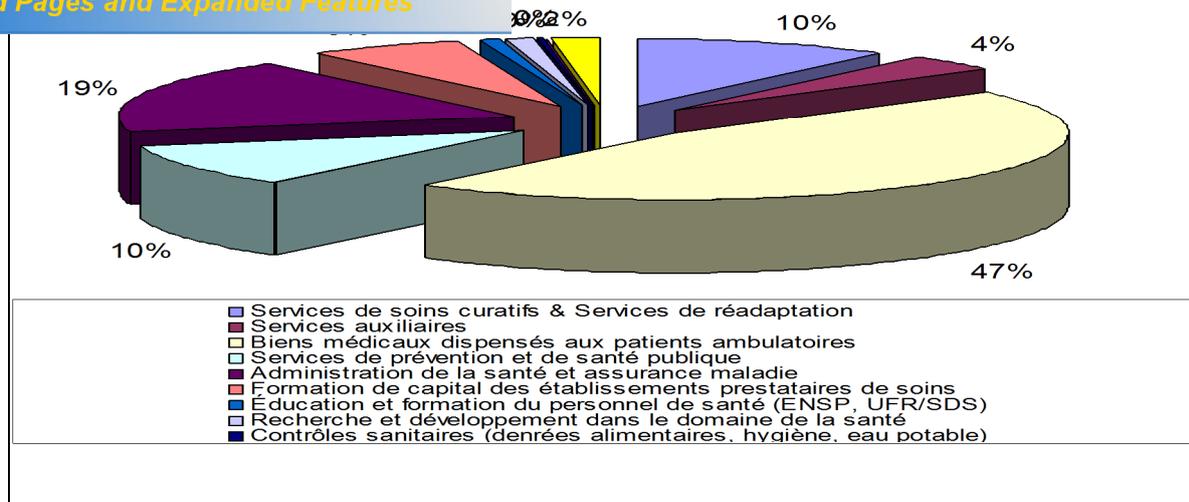


Figure 8 : Répartition des dépenses de santé par fonction

Tableau 9 : Répartition des dépenses de santé par fonction selon les agents de financement en millions FCFA

		Agents de Financement			
		Adm.publique	Secteur privé	Reste du monde	Ensemble des agents de financement
Fonctions de santé	Services de soins curatifs & Services de réadaptation	11 750	9 053	253	21 056
	Services auxiliaires	612	7 713	0	8 325
	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	32 880	58 125	2 853	93 858
	Services de prévention et de santé publique	13 737	4 560	1 726	20 023
	Administration de la santé et assurance maladie	34 140	2 167	1 169	37 475
	Formation de capital des établissements prestataires de soins	12 724	11	0	12 735
	Éducation et formation du personnel de santé	1 927	63	0	1 990
	Recherche et développement dans le domaine de la santé	727	0	1 316	2 043
	Contrôles sanitaires	664	0	0	664
	Hygiène du milieu	0	187	0	187
	Fonction nsk	124	3 590	0	3 714
	Ensemble des fonctions de santé	109 284	85 468	7 317	202 069

DES DEPENSES DE SANTE

IV.1 Financement du ministère de la santé

Le budget que l'Etat exécute dans le cadre de la santé des populations provient d'une part de sa propre contribution, mais, à cela s'ajoutent les subventions et les prêts.

L'ensemble ainsi constitué de ces trois grandes masses sera destiné aux dépenses de personnel, de fonctionnement courant, de transfert courant et d'investissement.

Il faut signaler que la totalité des subventions et des prêts de 2003 à 2005 a été imputée aux dépenses d'investissement.

IV.1.1 Evolution du financement du budget alloué au Ministère de la Santé

Le tableau n°10 ci-dessous donne la répartition de l'exécution des dépenses de santé par source de financement au cours des années 2003, 2004 et 2005.

Tableau 10 : Budget alloué à la santé par source de financement de 2003 à 2005 en millions FCFA

Sources \ Année	2003	2004	2005
Etat	28 269	32 240	35 293
subv.	4 714	8 254	8 116
Prêt	2 517	2 084	3 399
Total	35 500	42 578	46 808

Sources : CID et PIP 2005

La lecture du tableau montre que le budget total alloué au Ministère de la Santé est passé de 35,500 milliards de francs CFA en 2003 à 42,578 milliards de francs CFA en 2004, et à 46,808 milliards de francs CFA en 2005. L'exécution du budget de la santé a donc connu une évolution de 19,94 % entre 2003 et 2004 et de 9,93 % entre 2004 et 2005.

En terme de financement de la santé, durant les trois années, non seulement l'Etat reste le plus grand bailleur, mais, sa contribution connaît une augmentation, correspondant à 3,971 milliards de francs entre 2003 et 2004 et à 3,051 milliards de francs entre 2004 et 2005.

Néanmoins, la part que l'Etat consacre au budget total du Ministère de la Santé a accusé une baisse de 2003 à 2004 (de 79,63 % à 75,71 %). Cette part a également baissé entre 2004 et 2005 en passant de 75,71 % à 75,39 %.

ventions et les prêts, ils évoluent en sens inverse. Les subventions ont connu une augmentation de 75,12 % entre 2003 et 2004 et une baisse de 1,67 % entre 2004 et 2005. Quant aux prêts, ils ont d'abord accusé une baisse de l'ordre de 17,22 % entre 2003 et 2004, avant de progresser de 63,12 % pour la période allant de 2004 à 2005.

La figure n°9 ci-dessous met en évidence les différentes évolutions des dépenses de la santé selon la source au cours des années 2003, 2004 et 2005.

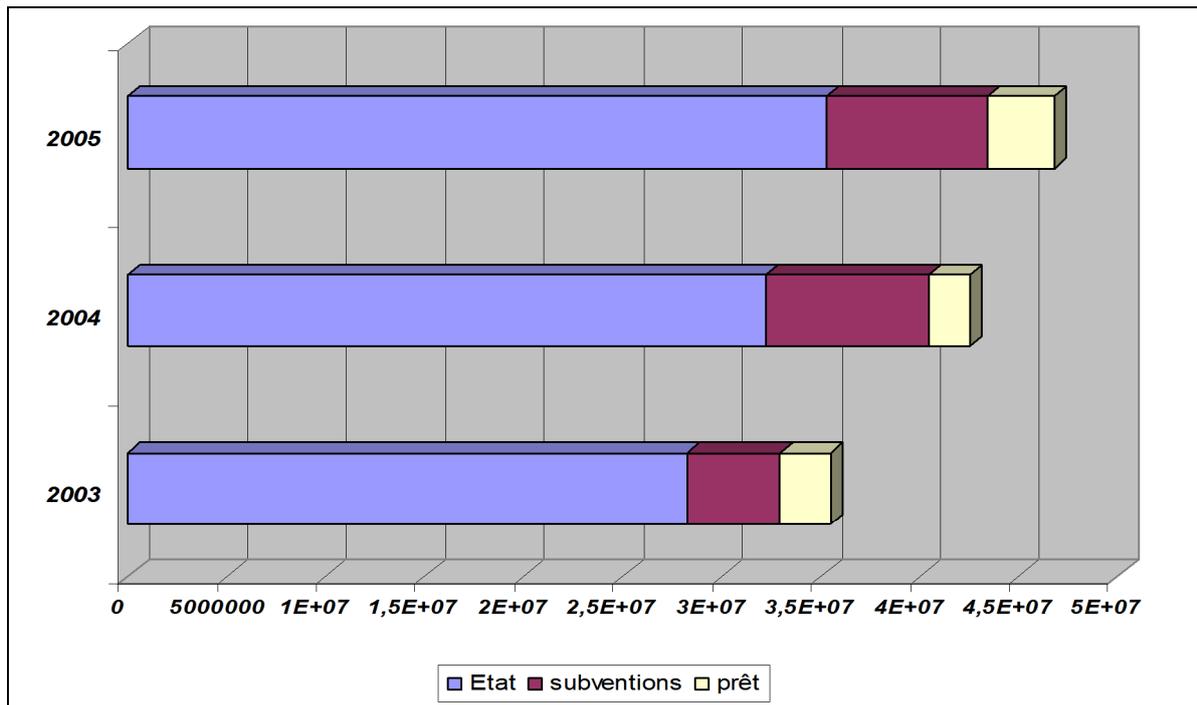


Figure 9 : Evolution de l'exécution du budget alloué à la santé selon les sources de financement au cours des années 2003, 2004 et 2005 en milliers de FCFA

IV.1.2 Répartition de l'exécution des dépenses dans le budget du Ministère de Santé.

Le tableau n°11 ci-dessous illustre la structure des dépenses de santé exécutées au cours des années 2003, 2004 et 2005.

Année	Exécution du budget de la santé	Personnel	Fonctionnement	Transfert courant	Investissement
2003	35 500	10 697	3 736	10 465	10 601
2004	42 578	11 650	4 960	11 394	14 574
2005	46 808	12 629	4 596	13 158	16 425

Source : CID et PIP 2005

De l'analyse du tableau, il ressort que les dépenses de personnel présentent le plus grand montant de tous les titres dans l'exécution de la dépense de santé au cours de l'année 2003. En effet, à cette date 10,697 milliards de francs CFA ont été injectés dans la santé au titre des dépenses liées au personnel. A partir de l'année 2004, la tendance est inversée et les dépenses d'investissement viennent en première place avec 14,574 milliards de francs en 2004 et 16,424 milliards de francs en 2005.

En terme d'évolution, il faut dire que les dépenses exécutées au titre du personnel, des transferts courants et des investissements sont en accroissement entre 2003 et 2004, et également entre 2004 et 2005. Quant aux dépenses de fonctionnement courant, elles connaissent une croissance entre 2003 et 2004 et accusent une baisse entre 2004 et 2005.

Les dépenses de personnel ont connu une évolution de 8,90 % entre 2003 et 2004 et de 8,39 % entre 2004 et 2005. Les dépenses relatives aux transferts courants connaissent une évolution de 8,86 % entre 2003 et 2004 et de 15,48 % entre 2004 et 2005. Pour les dépenses de fonctionnement courant, elles se sont accrues de 32,75 % entre 2003 et 2004 avant de connaître une régression de 7,34 % entre 2004 et 2005. Il y a lieu de mentionner que c'est au niveau des dépenses d'investissement que les plus grands taux d'accroissement ont été enregistrés entre 2003 et 2004. Ainsi, de 2003 à 2004, les dépenses engagées au titre de l'investissement ont augmenté de 37,48 %. Ce taux d'évolution a connu une baisse considérable entre 2004 et 2005, soit 24,78 point.

Bien que les dépenses de personnel, de fonctionnement courant, de transferts courants et d'investissement soient en augmentation entre 2003 et 2004 et entre 2004 et 2005 à l'exception des dépenses de fonctionnement courant, il y a lieu de faire ressortir que la part qu'elles occupent dans la DNS présente des disparités.

Ainsi, la part des dépenses de personnel dans le budget de la santé est passée de 30,13 % à 27,36 % entre 2003 et 2004, et de 27,36 % à 26,98 % entre 2004 et 2005.

des dépenses de fonctionnement dans le budget de
10,52 % à 11,64 % entre 2003 et 2004, et
de 11,64 % à 9,81 % entre 2004 et 2005.

Quant à la part des dépenses de transferts courants dans le budget du
Ministère de la Santé, celle-ci est passée de 29,48 % à 26,75 % entre
2003 et 2004, et de 26,75 % à 28,11 % entre 2004 et 2005.

Par ailleurs, Il convient de mentionner que sur les trois années 2003,
2004 et 2005, c'est seulement les dépenses d'investissement qui
connaissent un accroissement de leur part dans le budget de santé.

Ainsi, la part des dépenses d'investissement dans le budget du Ministère
de la Santé en 2003, 2004 et 2005 est passée respectivement à 29,86 %,
34,22 % et à 37,48 %.

IV.1.3 Une autre approche de l'évolution du budget du Ministère de la Santé : la prise en compte de l'indice harmonisé des prix à la consommation

Une analyse minutieuse de la progression du budget du Ministère de la
Santé, révèle que celle-ci évolue lentement en réalité.

Ainsi, en prenant en compte l'indice harmonisé des prix à la
consommation, on s'aperçoit que les dépenses exécutées du Ministère de
la Santé se présentent comme suit au cours des années 2003, 2004 et
2005.

Tableau 12 : Quelques indicateurs de la santé pour les années 2003, 2004 et
2005

Année	2003	2004	2005
Budget de santé (a) en millions	35 500	42 578	46 808
l'indice harmonisé des prix à la consommation (i)	-	5 %	2 %
Coefficient d'actualisation (b)	100	105	107
Valeur réelle du Budget en millions (c) = a/b	35 500	40 550	43 745
Taux d'accroissement réel du budget de la santé	-	14,23	7,78

La prise en compte de l'indice harmonisé des prix à la consommation
permet de donner une meilleure appréciation de l'évolution du budget de
la santé.

En effet, de 2003 à 2004, les dépenses de santé ont progressé réellement
de 14,23 % et de 2004 à 2005 de 7,78 %.

ce, les dépenses ont augmenté de 19,94%
6 entre 2004 et 2005.

IV.2 Participation des autres Ministères aux dépenses de santé

D'autres Ministères intervient dans les dépenses de santé. Il s'agit essentiellement du Ministère de la Défense (MD), du Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESSRS), du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN), du Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques (MAHRH), et autres.

Le tableau n°13 ci-dessous illustre le financement de ces Ministères aux dépenses de santé en fonction de leurs sources de financement au titre de l'année 2005.

Tableau 13 : Sources des fonds de la santé des ministères en millions FCFA

Structures Sources	Fonds des Administrations Publiques	Fonds du reste du monde	TOTAL
Ministère de la défense	161	0	161
MESSRS	25	0	25
MAHRH	3	124	127
Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale	11	536	547
Autres	344	0	344
TOTAL	544	660	1204

Les dépenses de santé au titre des autres Ministères de l'année 2005 sont de 1,204 milliards de francs CFA, toutes sources de financements confondues. La contribution du reste du monde à cette dépense est la plus élevée avec un montant de 660 millions de francs CFA, soit 54,82 %. Le reste, financé par l'Administration Publique, se chiffre à 544 millions de francs CFA, soit 45,18 %.

Il n'y a que deux Ministères qui bénéficient du financement en provenance du reste du monde. Il s'agit du MAHRA et du MASSN. Ce dernier reçoit environ les 4/5 des fonds du reste du monde.

Au sujet des fonds des Administrations publiques, 63,23 % sont alloués aux autres Ministères, 29,59 % au Ministère de la Défense. Le MAHRH reçoit le plus petit montant (3 millions de francs CFA), soit 0,55 %.

qui participent aux dépenses de la santé, le MASSN finance en grande partie les dépenses de santé, à hauteur de 45,43 %. Ensuite viennent les autres Ministères non énumérés et regroupés dans la rubrique "autres", pour 28,57 %, comme le montre la figure ci-après :

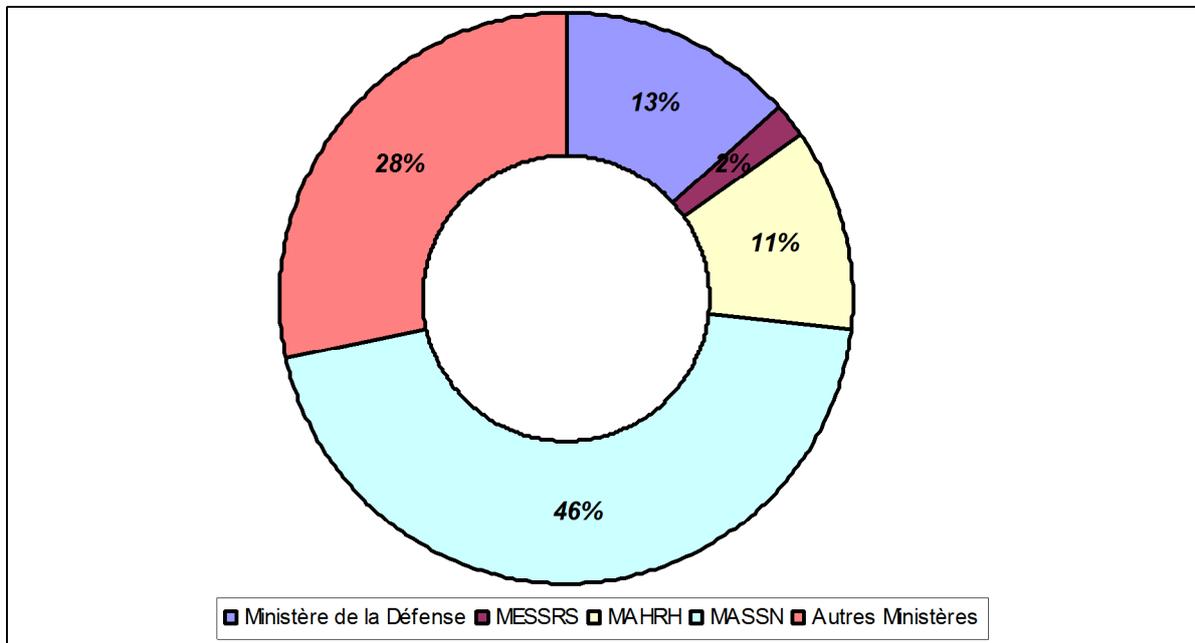


Figure 10 : Contribution des autres ministères aux dépenses de santé

IV.3 Financement par les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales participent au financement de la santé à travers la construction et la gestion d'infrastructures sanitaires, mais celles-ci restent caractérisées par leur faible capacité contributive au financement de la santé par rapport aux besoins immenses des populations de leur ressort.

Le rôle des collectivités territoriales dans le financement de la santé devra évoluer avec le transfert des compétences et des ressources par l'Etat dans le cadre de la décentralisation administrative.

En 2005, seules les données de la commune de Ouagadougou ont été collectées. La commune de Ouagadougou a consacré 0,243 milliards de F CFA aux dépenses de santé.

employeurs, les entreprises publiques

Le financement par les employeurs constitue la contribution des entreprises publiques et parapubliques aux dépenses de santé en 2005 au profit de leur personnel. Cette catégorie de dépense ne concerne que trois entreprises pour un montant de 6,291 milliards de F CFA en 2005. En 2003 et 2004, les dépenses des employeurs s'élevaient respectivement à 2,618 milliards de F CFA et 1,252 milliards de F CFA.

IV.5 Financement à travers l'assurance maladie

Du financement de l'assurance maladie, il est fait cas à travers les CNS 2005 de trois agents de financement. Il s'agit des dépenses effectuées par les sociétés d'assurances privées de groupe et les mutuelles de santé. En 2005, le montant de 2,129 milliards F CFA est passé par le mécanisme assurantiel. Soit 71,72% pour les assurances privées de groupe, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) 14,56% pour les mutuelles et 13,72% pour la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

Pour ce qui est des mutuelles, deux types de mutuelle ont pu être identifiés. Il s'agit des mutuelles privées dont le montant des dépenses représente 6,53% des dépenses de l'assurance maladie soit 139 millions et les assurances publiques avec une part relative de 8,03% soit 171 millions. Seule la Mutuelle Nationale des Etudiants (MUNASEB) a été identifiée comme mutuelle publique. L'Etat contribue pour cette mutuelle pour un montant de 158 millions soit 92,4% et les étudiants pour 13 millions soit 7,4%.

Pour ce qui est de la CNSS, en valeur absolue, 292 millions ont été consacrés aux dépenses de santé des travailleurs. De ce montant, 35% ont été affectés aux hospitalisations, aux frais médicaux, à la radiologie, aux honoraires des praticiens et aux enquêtes liées aux accidents de travail. Pour ce qui est de l'achat des médicaments, des appareillages et de la rééducation, 42% des dépenses y ont été affectées et 23% pour les frais de transport, de déplacements et aux frais de séjour dans le cadre des hospitalisations. Les frais funéraires supportés par la CNSS ont été exclus des dépenses de santé.

IV.6 Financement de la santé par les ménages

Tout comme en 2003 et en 2004, les ménages demeurent la principale source de financement de la santé au Burkina Faso en 2005 avec une contribution qui s'élève à 75,62 milliards de FCFA, soit 42,5% du total des dépenses de santé. Par rapport à 2003 où cette contribution était de 67,83 milliards de FCFA, on enregistre une croissance de 11,5% en 2005. Il est, en pratique assez difficile d'estimer les dépenses des ménages par secteur. Ceci se fait généralement par des recoupements des données

interpolations des données existantes sur les années 2000-2003. Le secteur des ménages a aussi la particularité d'être un secteur à la fois source et agent de financement.

Néanmoins, considérer les ménages comme agent ou comme source de financement n'entraîne pas de grandes différences car la presque totalité (99,6%) des dépenses issues des ménages sont exécutées par eux. 0,3% des dépenses de santé issues des ménages proviennent du reste du monde et sont perçues sous la forme de relations de jumelages et d'assistances diverses. Les autres agents bénéficiaires, moins de 0,1%, sont la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, les mutuelles et les sociétés privées hors assurances.

Tableau 14 : Répartition des fonds des ménages selon les agents de financement en millions FCFA

Agent de financement	Montant	Part en %
CNSS	76	0,10
Mutuelle publique (MUNASEB)	13	0,02
Paiements Directs Ménages	75298	99,58
Sociét. Privées (hors assurance Maladie)	6	0,01
Jumelages	223	0,29
Total	75 615	100

Les paiements directs des ménages en tant qu'agents de financement de la santé s'élèvent à 75,29 milliards en 2005. En d'autres termes, chaque ménage burkinabé a dépensé 40.416 FCFA directement pour sa santé, soit 6.374 FCFA par habitant.

Les dépenses de santé des ménages sont essentiellement affectées à l'achat des produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (76%). Ensuite, viennent les frais d'analyses médicales (10%), les soins curatifs en milieu hospitalier, les soins curatifs ambulatoires et les fonctions non spécifiées avec une contribution de 4% pour chaque groupe.

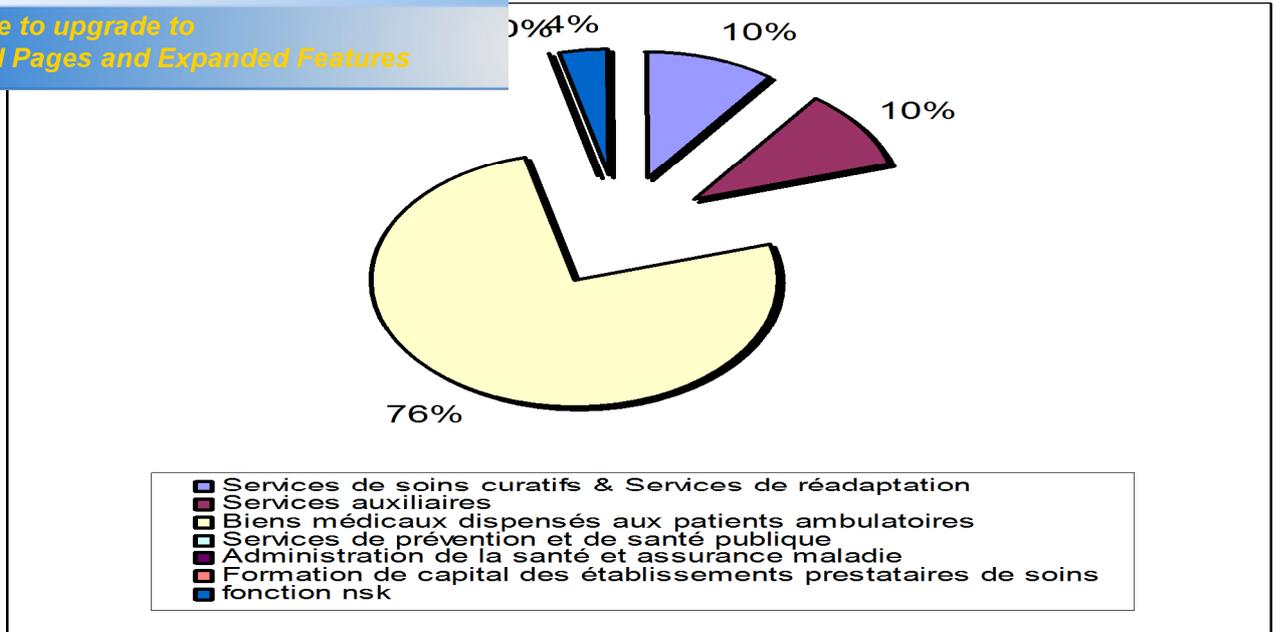


Figure 11 : Répartition des dépenses directes de santé des ménages par fonction

Ainsi, les déboursements directs des ménages vont d’abord aux pharmacies (75%) qui leur fournissent les médicaments et autres produits de soins. Ensuite, viennent les hôpitaux généraux y compris ceux des districts (CMA) qui reçoivent 15% de ces dépenses. Les centres de soins ambulatoires enfin avec 10% des dépenses.

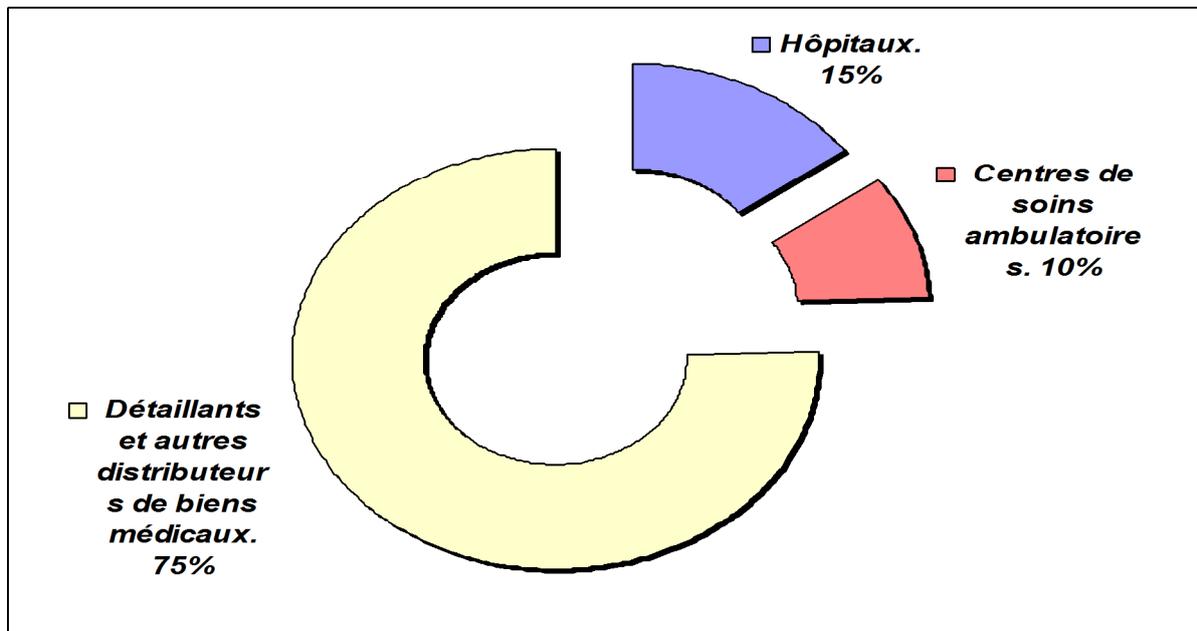


Figure 12 : Répartition des dépenses de santé des ménages par type de prestataires

santé par les Organisations Non Associations (ONG/Associations)

Les fonds des ONG et associations, Institutions à But Non Lucratif au Service des Ménages (ISBL-SM), sont distribués à travers les structures privées de financement. Il s'agit là des mutuelles de santé, essentiellement.

Les ISBL-SM interviennent pour 1,01% dans la dépense nationale de santé soit 1 804 millions de FCFA en 2005.

Contrairement aux ménages, les ONG et associations consacrent très peu de leurs frais à l'achat des biens médicaux. Ils interviennent plutôt dans le cadre des dépenses pour les services curatifs et de réadaptation. Cependant, la fonction qui les concerne le plus est celle de prévention et de santé publique. Elles y consacrent 87% de leurs fonds. Les ONG et Associations interviennent aussi dans les domaines administratifs dans le cadre de la santé, dans l'assurance maladie et contribuent aux investissements des établissements de santé.

Tableau 15 : Dépenses des ONG et associations en fonctions en millions FCFA

<i>Fonction</i>	<i>Montant</i>	<i>Pourcentage</i>
Services de soins curatifs & Services de réadaptation	124	7%
Services auxiliaires	0	0%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	0	0%
Services de prévention et de santé publique	1 576	87%
Administration de la santé et assurance maladie	99	5%
Formation de capital des établissements prestataires de soins	5	0%
Ensemble des fonctions de santé	1 804	100%

Suivant les types de prestations qu'elles financent, les ISBL-SM allouent leurs charges de santé aux centres hospitaliers, aux services administratifs de la santé et de l'assurance maladie et aux services de soins ambulatoires. Les centres hospitaliers visés sont principalement les CMA et autres hôpitaux régionaux. Ils bénéficient de 7% des ressources allouées. Les centres de soins ambulatoires regroupent, eux, les trois quarts de celles-ci. Ce sont principalement les cadres permettant l'exercice de la sensibilisation et de la prévention.

ONG et associations suivant les types de

<i>Prestataires</i>	<i>Montant</i>	<i>Pourcentage</i>
Hôpitaux	124	7%
Soins ambulatoires	1 346	75%
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	0	0%
Santé publ./prév.	0	0%
Adm. Gén. Santé & assurance maladie	334	18%
Autres prestataires de service de santé	0	0%
Services sanitaires connexes	0	0%
Reste du monde	0	0%
prestataires nsk	0	0%
Total prestataires services de santé	1 804	100%

V.1 Situation du paludisme au Burkina Faso

V.1.1 Aspects Epidémiologiques

Au Burkina Faso, le paludisme est endémique et constitue un problème majeur de santé publique. La transmission est stable dans tout le pays, avec une recrudescence saisonnière durant la période de mai à octobre. Selon les données statistiques du système national d'information sanitaire, le paludisme constitue la première cause de consultations, d'hospitalisations et de décès dans les formations sanitaires publiques.

En 2005, les structures de santé ont enregistré 1 877 622 cas de paludisme dont 261 927 cas de paludisme grave. Il représente par rapport aux autres pathologies 35,12% des motifs de consultation, 40,83% des motifs d'hospitalisation et 37,5% des causes de décès. L'incidence du paludisme par district sanitaire en 2005 est représentée dans la carte sanitaire en annexe.

Les enfants de moins de 5 ans restent les plus touchés. Dans cette tranche d'âge le paludisme représente :

- 44,86% des motifs de consultations ;
- 54,94% des hospitalisations ;
- 57,29% des décès.

Selon l'EDS III, dans le groupe d'âge des moins de 5 ans, la prévalence élevée de l'anémie (92% dont 13% sévère, 60% modérée et 19% légère) favorise la survenue des décès liés au paludisme. Ces données sont en deçà de la réalité en raison de :

- l'insuffisance dans leur collecte au niveau des structures de soins privées ;
- la non prise en compte de nombreux cas de paludisme vus par les relais communautaires ;
- la faible fréquentation des formations sanitaires.

V.1.2 Situation actuelle de la lutte contre le paludisme

Au Burkina Faso, la lutte contre le paludisme s'inspire, d'une part des priorités nationales du secteur de la santé et des autres secteurs de développement, et d'autre part des stratégies internationales recommandées par l'OMS.

A l'instar des 42 pays endémiques dans la Région africaine, le Burkina Faso a adhéré aux différents engagements internationaux relatifs à la lutte contre le paludisme, notamment l'initiative « Faire Reculer le Paludisme »

CEC, le PNUD et la Banque Mondiale, et les chefs d'Etat et de Gouvernement en particulier le 35^{ème} sommet tenu à Harare en juin 1997 et celui d'Abuja tenu en avril 2000.

C'est dans ce cadre que le pays a régulièrement manifesté son engagement en inscrivant parmi ses priorités nationales la lutte contre le paludisme à travers la définition de stratégies nationales de lutte et l'élaboration de plans d'action et de plans stratégiques pour les périodes 2002-2005 et 2006-2010.

V.1.3 But et objectif de la lutte antipaludique

La lutte antipaludique au Burkina Faso a pour but de contribuer à l'amélioration de la santé de la population par la réduction du fardeau du paludisme.

Son objectif est de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme au sein de la population générale et en particulier chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes. Ceci entre en droite ligne avec les priorités définies par le PNDS 2001-2010, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et les objectifs du millénaire pour le développement.

V.1.4 Stratégies nationales de lutte antipaludique

Les stratégies de lutte contre le paludisme appliquées par le PNLP sont issues des directives nationales de lutte antipaludique et s'inspirent fortement des stratégies mondiales de lutte contre le paludisme. Il s'agit de stratégies majeures et de stratégies de soutien :

➤ Stratégies majeures de lutte

Elles se résument comme suit :

- prise en charge précoce et correcte des cas de paludisme ;
- prévention du paludisme pendant la grossesse ;
- lutte antivectorielle ;
- lutte contre les épidémies de paludisme.

➤ Stratégies de soutien :

En plus des stratégies majeures ci-dessus, il existe des stratégies de soutien qui se rapportent en particulier à la:

- communication ;
- recherche opérationnelle ;
- coordination et partenariat ;
- et au suivi et évaluation.

Les interventions mises en œuvre au cours de la période 2002-2005, avec l'appui des différents partenaires au développement ont permis globalement de dynamiser les activités de lutte antipaludique et surtout de mettre en place les bases fondamentales pour le développement des stratégies nationales de lutte. Néanmoins, les différentes évaluations réalisées montrent que les progrès atteints sont encore en deçà des objectifs fixés comme en témoigne le niveau d'atteinte des indicateurs.

- **Indicateurs de résultats**

Dans le domaine de la prise en charge des cas, la proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge à domicile était de 23,5% en 2001 et de 27% en 2005.

Dans le domaine de la prévention, le taux d'utilisation des moustiquaires traitées aux insecticides (MTI) chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes est passé respectivement de 12,4% à 23,17% et de 10% à 27,50%.

La proportion des femmes enceintes bénéficiant d'une chimioprophylaxie conforme aux directives nationales est passée de 32,8% à 83,37% (tableau n°17).

Tableau 17 : Indicateurs de résultats (en %)

Indicateurs	Base en 2001 (enquête dans 3 DS)	Niveau en 2005 (enquête dans 45 DS)	Sources
Proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge à domicile	23,5	27	PNLP
Proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires selon les directives nationales	22,4	73,10	PNLP
Proportion des cas de paludisme grave correctement pris en charge dans les formations sanitaires selon les directives nationales	57	85,70	PNLP
Proportion des enfants de <5 ans dormant sous MTI	12,4	23,17	PNLP
Proportion des Femmes Enceintes dormant sous MTI	10	27,50	PNLP
Proportion des Femmes enceintes bénéficiant d'une chimioprophylaxie	32,8	83,37	PNLP

Le tableau n°18 ci-dessous montre une baisse relative de la mortalité infanto juvénile et de la létalité hospitalière du paludisme grave, respectivement de 15,98% et de 39,16%. En effet, les actions de lutte contre le paludisme (utilisation des MTI, amélioration de la prise en charge des cas) ont contribué à la baisse de la mortalité infanto- juvénile.

Tableau 18 : Indicateurs d'impact

Indicateurs en pourcentage	Base	Niveau actuel	Sources
Taux de mortalité infanto juvénile en ‰	219 (1998)	184 (2003)	EDS/INSD
Létalité hospitalière du paludisme grave chez les enfants <5ans en %	14,4 (2000)	8,76 (2004)	DEP
Mortalité proportionnelle liée au paludisme chez les enfants de <5 dans les structures de santé en %	29,3 (1999)	45,72 (2004)	DEP
Mortalité spécifique liée au paludisme chez les enfants de <5 ans dans les structures de santé en %	70,4 (1999)	70,29 (2004)	DEP

V.1.6 Contraintes/difficultés

En dépit des résultats enregistrés au cours de la période 2002-2005, l'analyse globale de la situation actuelle montre que les objectifs fixés dans le cadre de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » et « la déclaration d'Abuja » n'ont pas été atteints. Ceci pourrait s'expliquer par :

- l'insuffisance de la prise en charge des cas de paludisme (capacité d'accueil des structures, plateau technique, système de référence/recours) ;
- l'insuffisance des financements mobilisés ;
- le retard dans les décaissements des financements mobilisés ;
- le retard dans la disponibilité des intrants à tous les niveaux ;
- la faible mise en œuvre de certaines stratégies de lutte contre le paludisme au niveau des districts sanitaires ;
- la mise en œuvre limitée des interventions de prise en charge à tous les niveaux (non disponibilité des CTA malgré le changement de politique thérapeutique) ;
- la faible utilisation des MTI et des autres mesures préventives par les communautés ;
- l'insuffisance dans le suivi et l'évaluation des interventions de lutte antipaludique ;
- la faible implication des structures privées et confessionnelles dans la mise en œuvre des directives nationales de lutte contre le paludisme ;
- la faible performance du cadre de concertation avec les partenaires.

Plan National de Lutte contre le Paludisme

Compte tenu du fardeau du paludisme dans le pays, le Burkina Faso a mis en place un programme national de lutte contre le paludisme (en 1991, restructuré en 1995) afin de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme. Ce programme est chargé de :

- coordonner les activités de lutte contre le paludisme ;
- favoriser les activités de recherche opérationnelle dans le domaine du paludisme ;
- assurer l'approvisionnement régulier en matériels imprégnés ;
- établir les protocoles thérapeutiques.

Le PNLP a élaboré les documents clés d'orientation suivants :

- la stratégie de promotion de l'utilisation des MTI en 2001 ;
- le plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2002-2005 ;
- le plan stratégique 2005-2007 pour la mise à l'échelle nationale des Interventions à Base Communautaire (IBC) ;
- le plan Roll Back Malaria pour le Sahel 2006-2008 ;
- le Plan Intégré de Communication (PIC) pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso 2006-2008 ;
- le plan de mise en œuvre de la nouvelle politique de traitement antipaludique 2005 – 2006.

Le financement des activités de lutte contre la maladie en général (y compris le paludisme) se fait grâce aux contributions de l'État, aux ressources liées à la remise de la dette ou l'initiative Pays Pauvres Très Endettés, au reste du monde (ressources extérieures), aux ONG/associations, aux collectivités territoriales et aux ménages.

V.2 Volume de financement des dépenses du paludisme

En 2005, les dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme s'élevaient à plus de 15, 688 milliards de FCFA.

Mont des dépenses du paludisme

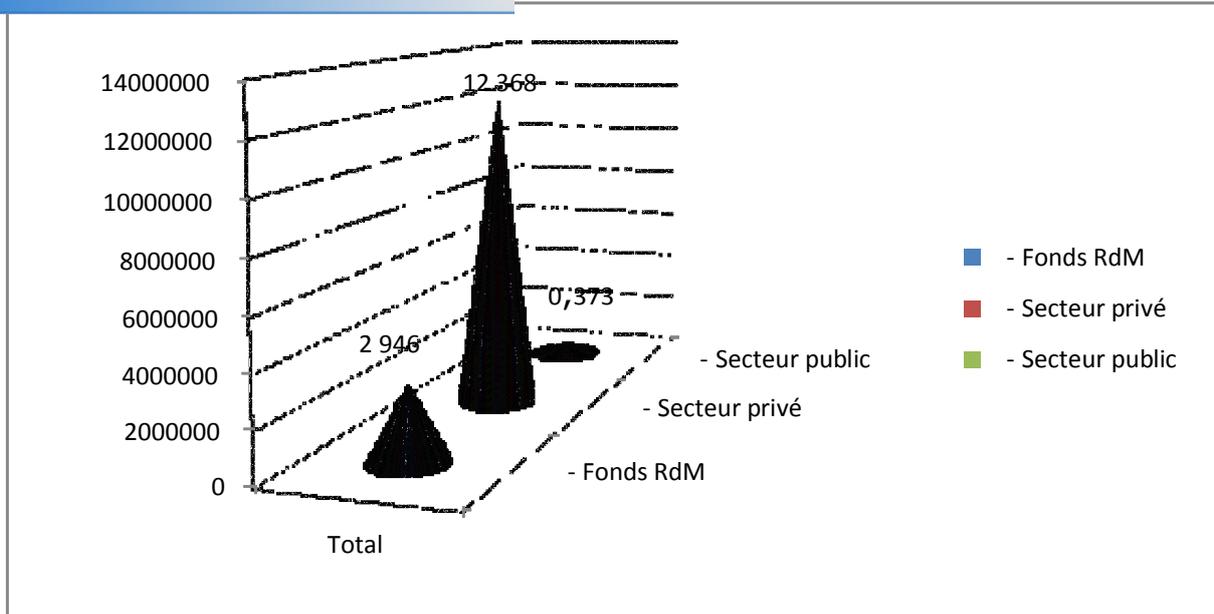


Figure 13 : Les sources du financement consacré au paludisme (x 1 000 000)

La figure n°13 ci-dessus laisse apparaître que le secteur privé (ménages) finance en grande partie les dépenses de lutte contre le paludisme avec 12,368 milliards de FCFA soit 78,84%, le reste du monde 2,946 milliards (18,78%). La contribution de l'administration centrale quant à elle au financement du paludisme est de 0,373 milliards de FCFA (2,38%). Le financement du paludisme est principalement distribué entre trois classes d'agents que sont le reste du monde avec 11,78%, les ménages avec 79,02% et le programme de lutte contre le paludisme avec 09,20%.

V.4 Répartition des ressources entre les prestataires

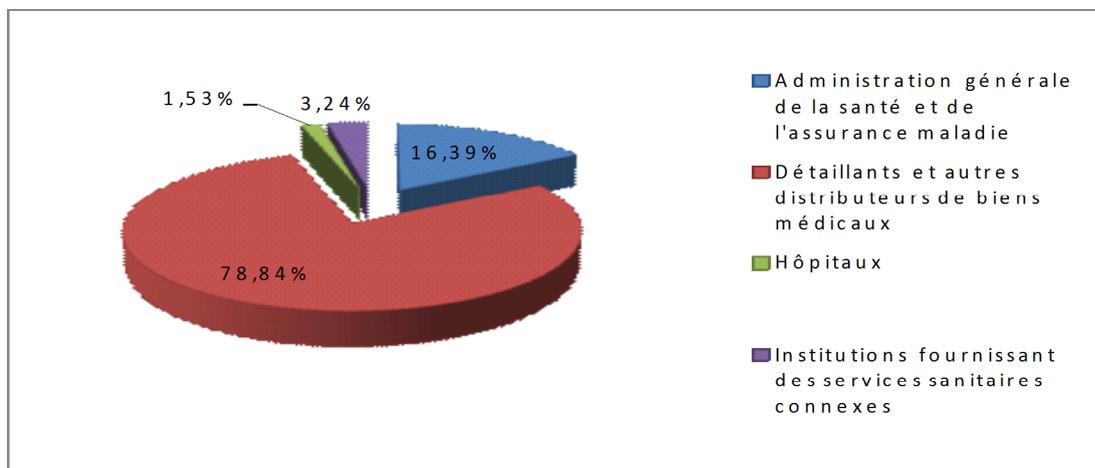


Figure 14 : Prestataires de services et leur financement en pourcentage

ar les agents de financement ? Lorsqu'on sources entre les prestataires de services de sante, les detaillants et autres distributeurs de biens médicaux viennent en tête avec 78,84% des dépenses suivis par l'administration générale de la santé et de l'assurance maladie avec 16,39% et les institutions de recherche (3,24%). Les hôpitaux généraux reçoivent 1,53% des financements.

V.5 Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires

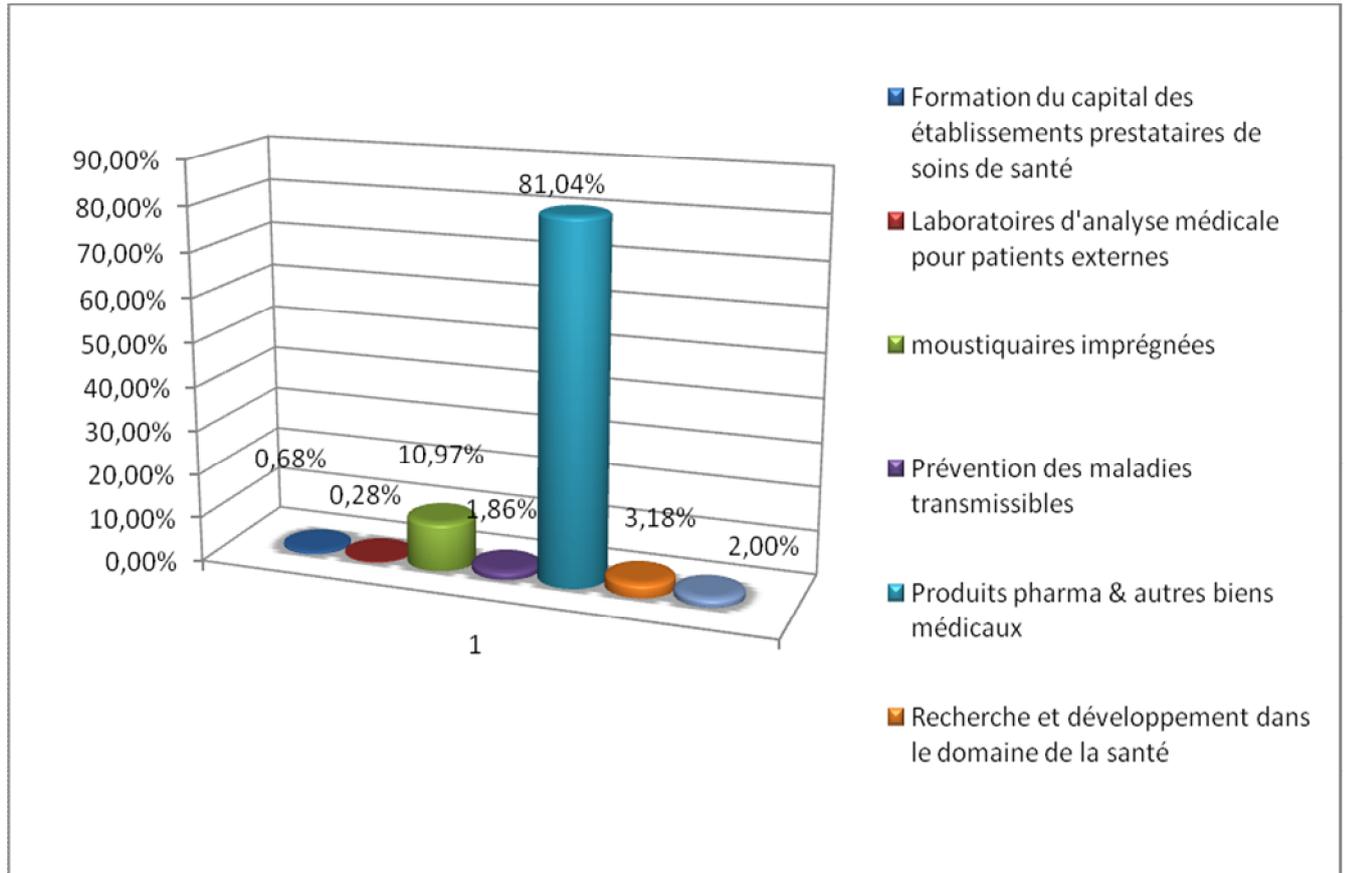


Figure 15 : Répartition des dépenses des prestataires selon les fonctions

La figure n°15 ci-dessus sur la répartition des dépenses selon les fonctions, montre que les dépenses des prestataires se sont dirigées essentiellement vers les produits pharmaceutiques et les autres biens médicaux (81,04%), l'acquisition de moustiquaires traitées aux insecticides (10,97%), la recherche et le développement (3,18%) et les soins curatifs en milieu hospitalier (2%). La prévention du paludisme occupe (1,86%). La formation du capital des établissements prestataires de soins de santé et la formation du capital des établissements prestataires de soins de santé occupent respectivement 0,68% et 0,28%.

Au terme de l'élaboration des CNS pour l'année 2005, des recommandations peuvent être formulées.

VI.1 Au niveau du processus

- Poursuivre l'élaboration des CNS :
 - o élaboration de CNS de base à chaque année d'enquête sur les dépenses des ménages ;
 - o élaboration de CNS léger chaque année.
- Renforcer les capacités de l'équipe technique sur l'élaboration des CNS, notamment la distribution des dépenses en santé par groupe de maladie.
- Renforcer la collaboration entre l'équipe CNS et l'équipe chargée du sous compte VIH/SIDA.
- Prendre en compte les besoins des CNS dans les prochaines enquêtes sur les conditions de vie des ménages :
 - o dépenses de santé par type de prestataire ;
 - o primes d'assurance maladies privées ;
 - o cotisations payées par les ménages aux mutuelles de santé, aux micro assurances, etc.
- Améliorer l'exhaustivité des transactions prises en compte par les CNS :
 - o mutuelles, ONG, jumelages ;
 - o établissements sanitaires privées.
- Poursuivre la sensibilisation des acteurs et des producteurs de données sur l'importance des CNS.
- Prévoir les classifications fonctionnelles dans la gestion budgétaire.

VI.2 Au niveau de la politique de santé

- Poursuivre la gratuité des soins préventifs et promotionnels ainsi que la subvention des accouchements et des SONU ;
- Faire un plaidoyer auprès du Ministère de l'Economie et des finances, pour le financement des programmes de santé publique et la recherche en santé ;
- Promouvoir les mécanismes de partage des risques liés à la maladie, notamment les mutuelles de santé.

Les CNS constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif du flux des ressources du système de santé d'un pays. Ils représentent ainsi un outil spécialement élaboré pour informer le processus de politique de santé, processus qui comprend la conception et la mise en œuvre de politique, le dialogue de politique et le suivi ainsi que l'évaluation des interventions de santé. Ils fournissent les preuves qui aident les décideurs et les parties prenantes non gouvernementales à prendre de meilleures décisions dans leurs efforts pour améliorer la performance du système de santé.

Etant donné que les CNS et le SCN (utilisé pour estimer le produit intérieur brut d'un pays) reposent sur des instruments de mesure, les CNS peuvent être utilisés pour souligner les interrelations qui existent entre les dépenses en santé et le rendement total de l'économie.

Grâce à la présentation des flux financiers, les comptes de la santé peuvent aider à identifier le rôle des administrations publiques, de l'industrie, des ménages et des organismes externes dans l'achat des soins de santé. Parce que les CNS se basent sur les classifications standardisées des prestataires et des fonctions, ils rendent clairement compte des liens qui existent entre le financement, la prestation et les résultats des biens et services de santé dispensés.

Les CNS de l'année 2005 du Burkina Faso ont permis de déterminer la répartition des dépenses par source de financement et par agent de financement, par agent de financement et par prestataire, par agent de financement et par fonction.

En 2005, sur les 202,1 milliards de FCFA dépensés dans la santé (y compris les données du VIH/SIDA), les ménages ont supporté 37,40% contre 35% pour le reste du monde et 23,9% pour l'administration publique.

Par rapport à la destination de ces dépenses, 28% se sont dirigées vers les pharmacies pour l'achat des biens médicaux, 23% à l'administration générale de la santé et l'assurance maladie et 13% aux hôpitaux.

Ces résultats doivent ainsi permettre aux décideurs de voir quelles stratégies adoptées pour alléger la lourde charge qui pèse sur les ménages quand on sait que 46,4 % vivent en dessous du seuil de pauvreté, estimé à 82 6 80 F CFA en 2003 par l'INSD.

Les résultats des CNS, constituent un outil pour aider les décideurs à prendre de meilleures décisions dans leurs efforts pour améliorer la performance du système de santé.

1. Rapports des Comptes Nationaux de la Santé, 2003 et 2004
2. Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé, 2005
3. Lois de finances, 2004 et 2005
4. Annuaire statistique du Ministère de la Santé, 2005
5. Plan 2006-2010 de mise en œuvre du PNDS
6. Rapport des auditeurs indépendants et états financiers au 31 décembre 2005 (PADS)
7. Document politique de financement de la santé
8. Bilan du Programme d'Investissement Public (PIP) 2005
9. Données macroéconomiques 2005,2006 DGEP
10. Etude de cas, expérience de Burkina Faso dans l'estimation des flux des ressources de dépenses de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, janvier 2007
11. Rapport des auditeurs indépendants et états financiers au 31 décembre 2005 (PRSS)

MEMBRES DE L'EQUIPE TECHNIQUE

NOM ET PRENOM	STRUCTURES	OBSERVATION
SOME T. Romaric	DEP	Membre équipe technique/ Responsable
NITIEMA P. Abdoulaye	DEP	Membre équipe technique
TIENDREBEOGO Tahirou	DEP	Membre équipe technique
VALEA Dieudonné	DGS	Membre équipe technique
OUEDRAOGO T. Laurent	UFR/SDS	Membre équipe technique
HEBIE Bakary	DAF	Membre équipe technique
SOMDA Serge	INSD	Membre équipe technique
KABORE Barbi	INSD	Membre équipe technique
RAMDE B. François	INSD	Membre équipe technique
COMPAORE/OUEDRAOGO Mariam	DGB	Membre équipe technique
ZIDA André	DEP	Personne ressource
BELEMSAGA Danielle	Centre Muraz	Personne ressource
PARE Lassina	CONNED	Personne ressource
TRAORE Abdoulaye	UFR/SDS	Personne ressource