

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**Direction générale de l'information et des
statistiques sanitaires**



BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE ANNEES 2007 ET 2008

*Sous comptes Tuberculose et
Paludisme de 2007 et 2008*

Juin 2010

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
Liste des tableaux	2
Liste des graphiques	2
Liste des figures	3
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS	4
AVANT PROPOS	5
INTRODUCTION.....	8
I. GÉNÉRALITÉS	9
II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES.....	13
III. RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE (CNS) 2007 ET 2008	22
IV. RESULTAT DU SOUS COMPTE PALUDISME 2007 ET 2008	44
V. RESULTATS DU SOUS COMPTE TUBERCULOSE 2007 et 2008	50
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	58
ANNEXES	i
TABLE DES MATIÈRES	iv

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs au niveau des formations sanitaires de premier échelon des districts	11
Tableau 2 : Indicateurs au niveau du deuxième échelon du district sanitaire	12
Tableau 3 : Principaux indicateurs au niveau du second niveau et troisième niveau de soins	12
Tableau 4 : Dépense nationale de santé selon les sources de financement en millions de FCFA	24
Tableau 5 : Evolution de la structure de la DNS par source de financement de 2003 à 2008	26
Tableau 6 : Répartition des dépenses de santé par prestataire de 2007 à 2008 (x 1 000) ...	28
Tableau 7 : Classification par fonction des dépenses de santé de 2007 à 2008 en millions de FCFA	30
Tableau 8 : Situation des régions par rapport au taux de fréquentation, au niveau d'infrastructure sanitaire publique et à la population	34
Tableau 9 : Situation de la mise en œuvre de la subvention des accouchements et des SONU au Burkina Faso	37
Tableau 10 : Evolution des financements de la vaccination par source de 2005 à 2008 en \$USD	38
Tableau 11 : Evolution des couvertures vaccinales en % de 2006 à 2008	38
Tableau 12 : Evolution du niveau des indicateurs de base de 2003 à 2008	40
Tableau 13 : Evolution du niveau des indicateurs optionnels de 2003 à 2008	41
Tableau 14 : Dotations et dépenses du budget du Ministère de la santé	42
Tableau 15 : Part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé en milliers	43
Tableau 16 : Volume des dépenses annuelles par source de financement du paludisme en 2006, 2007 et 2008	46
Tableau 17 : Répartition des financements consacrés au paludisme selon les agents de financement de 2007 et 2008	46
Tableau 18 : Les prestataires de services et leur financement en 2007 et 2008	48
Tableau 19 : Répartition des dépenses du paludisme par fonctions	49
Tableau 20 : Volume des dépenses annuelles par source de financement de 2006 à 2008 ..	54
Tableau 21 : Evolution des financements de la tuberculose par agent de financement de 2006 à 2008	54
Tableau 22 : Evolution des financements de la tuberculose par prestataire de 2007 à 2008 ..	55

Liste des graphiques

Graphique n°1 : Evolution du volume global des dépenses nationales de santé (DNS) de 2003 à 2008	22
--	----

Graphique n°2 : Evolution mensuelle de l'indice harmonisé des prix à la consommation (IHPC) de 2007 à 2008	23
Graphique n°3 : Evolution des dépenses de santé par source de 2003 à 2008	25
Graphique n°4 : Evolution de la DNS de 2004 à 2008 dans l'espace UEMOA.....	27
Graphique n°5 : Comparaison sous régional de la DNS en % du PIB de 2003 à 2008	28
Graphique n°6 : Distribution des dépenses de santé par prestataire en 2007	29
Graphique n°7 : Distribution des dépenses de santé par prestataire en 2008.....	29
Graphique n°8 : Comparaison CNS 2007 et 2008 de la distribution des dépenses de santé entre prestataire	30
Graphique n°9 : Classification par fonction des dépenses de santé	32
Graphique n°10 : Situation socio-sanitaire selon la région.....	34
Graphique n°11 : Evolution des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme.....	45
Graphique n°12 : Evolution du nombre de cas de TPM+	51
Graphique n°13 : Evolution des malades perdus de vue pour la tuberculose.....	52
Graphique n°14 : Financement de la tuberculose de 2003 à 2008 en milliard FCFA	53
Graphique n°15 : Répartition des financements par fonction de soins et par prestataire en 2007 (x 1000)	56
Graphique n°16 : Répartition des financements par fonction de soins et par prestataire en 2008 (x 1000)	56

Liste des figures

Figure 1 : Interrelations entre les quatre principales entités.....	17
Figure 2 : Représentation des flux financiers	18
Figure 3 : Copie d'écran de la table d'enregistrement.....	20
Figure 4 : Famille de données pour l'organisation de la saisie des données	21

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ARV : Anti retro viraux
CHR : Centre hospitalier régional
CHU : Centre hospitalier universitaire
CID : Circuit informatisé de la dépense
CDV : Conseil dépistage volontaire
CDT : Centre de dépistage et de traitement
CMA : Centre médicale avec antenne chirurgicale
CNLAT : Centre national de lutte anti tuberculose
CNS : Comptes nationaux de la sante
CNSS : Caisse nationale de sécurité sociale
CSPS : Centre de sante et de promotion sociale
DNS : Dépense nationale de la sante
DRS : Direction régionale de sante
DTS : Dépenses totales de sante
EDS : Enquête démographique et de sante
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 (Heath providers)
INSD : Institut national de la statistique et de la démographie
IHPC : Indice harmonise des prix a la consommation
ISBLM : Institution sans but lucratif au service des ménages
MTI : Moustiquaire traites aux insecticides
OMS : Organisation mondiale de la sante
OST : Office de sante des travailleurs
PADS : Programme d'appui au développement sanitaire
PIB : Produit intérieur brut
PNDS : Plan national de développement sanitaire
PNLP : Programme national de lutte contre le paludisme
PNT : Programme national de lutte contre la tuberculose
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 sante
SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
UEMOA : Union économique et monétaire ouest africaine
UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

AVANT PROPOS

Les CNS constituent un outil de suivi cohérent et exhaustif du flux des ressources du système de santé d'un pays. Elaborés de façon régulière, ils donnent une évaluation du montant total des soins et des biens médicaux consommés dans le pays. A cet égard, les CNS facilitent le suivi et l'utilisation des ressources pour atteindre les objectifs des engagements internationaux et les politiques nationales en matière de santé (CSLP, SCADD, OMD, PNDS ...).

Par ailleurs, le système de santé du Burkina Faso fait face aujourd'hui à une augmentation démographique et à une transition épidémiologique toujours marquée par une forte prédominance du paludisme et des infections respiratoires aiguës. Dans un tel contexte, les CNS sont d'une importance capitale pour la planification et l'allocation optimale des ressources en matière de politique de santé.

Notre pays est à son cinquième exercice de réalisation des CNS depuis 2005. Cette expérience montre que le Burkina Faso est en voie de réussir l'institutionnalisation des CNS. Le présent rapport présente les Comptes nationaux de la santé des années 2007 et 2008. Son but est de disséminer les résultats des comptes nationaux de la santé afin de contribuer à améliorer la prise de décision sur des bases factuelles. Il se présente comme :

- un outil d'aide à la prise de décision pour les décideurs ;
- un instrument de plaidoyer pour les acteurs du secteur sanitaire privé ;
- une source de données pour les recherches sur le financement de la santé ;
- un outil de planification stratégique dans la mise en œuvre des projets/programmes de santé.

Les résultats ici présentés sont la synthèse d'un long processus qui a impliqué une équipe multidisciplinaire de cadres du Ministère de la santé, des partenaires techniques et financiers et d'autres institutions publiques. Ainsi, je réitère tous mes encouragements et ma reconnaissance à toute l'équipe et aux partenaires techniques et financiers qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport. Enfin, j'invite tous les acteurs à l'exploitation du présent rapport, pour plus d'efficacité et d'efficience dans la prise de décisions.

RESUME

Considérés comme un indicateur fiable du système de santé, les comptes nationaux de la santé (CNS) peuvent être utilisés comme un instrument de diagnostic afin d'identifier des problèmes d'allocation des ressources, de proposer des pistes de solution et d'évaluer le degré de progression vers un objectif déterminé.

Les regroupent un ensemble d'informations économiques et financières systémiques et cohérentes sur le système de santé. Jointes aux autres indicateurs de santé liés à l'offre de soins, à la morbidité, à la mortalité,... ces comptes permettent aux décideurs de disposer de plus d'évidences pour une meilleure appréhension du système de santé et pour une planification stratégique éclairée.

Le Ministère de la santé, élabore depuis 2005 les CNS. A ce jour, le Ministère de la santé a élaboré six (6) exercices des comptes nationaux de la santé. Ainsi, les CNS de 2003 à 2008 sont disponibles.

La DNS représente par rapport au PIB 5,5 % en 2003, 6,1% en 2004, 6,8% en 2005, 6,47% en 2006, 6,77% en 2007 et 6,89% en 2008. Cela traduit un effort d'investissement relativement important en matière de santé.

Pour les CNS de 2007 et 2008, la Dépense Nationale de Santé (DNS) s'élève respectivement à 220 milliards et 254 milliards de F CFA. Elles étaient de 202 milliards F CFA et de 206 milliards F CFA en 2005 et en 2006.

La forte hausse de la DNS constatée en 2008 s'explique en grande partie par l'amélioration du circuit de la collecte des données et un fort accroissement des dépenses de santé des ménages. En effet, la dépense de santé des ménages en 2007 et 2008 a connue un accroissement 15,7%, et cela s'explique par l'accroissement de la population et l'inflation en 2008 qui s'est établie à 10,7% contre -0,3% en 2007.

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

- ❖ La DNS inclut toutes les fonctions en rapport avec la santé. Elle est passée de 220 milliards de FCFA en 2007 à 254 milliards de FCFA en 2008, soit un accroissement de 15,57%. Elle était estimée à 206,592 milliards en 2006 et 202,068 milliards en 2005
- ❖ La DTS était de 250,351 milliards et 221,917 milliards F CFA respectivement en 2008 et 2007 contre 191,195 milliards de F CFA en 2006 et 193,471 milliards de F CFA en 2005.
- ❖ La DTAS était estimée à 221,320 milliards F CFA en 2008 et 195,413 milliards F CFA en 2007, contre 179,325 milliards et 180,736 milliards de F CFA respectivement en 2006 et 2005.

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

- Secteur public : 68,67 milliards FCFA en 2007 et 79,56 milliards FCFA en 2008 soit respectivement 31,2% et 31,3% des dépenses totales ;
- Secteur privé : 86,83 milliards en 2007 et 100,64 milliards de FCFA en 2008 soit respectivement 39,5 % et 39,6% des dépenses totales ;
- Reste du monde : 64,5 milliards de FCFA en 2007 et 74,04 milliards de FCFA en 2008 soit respectivement 29,3% et 29,1% des dépenses totales.

De la distribution des dépenses de santé entre les prestataires, 29,5% et 29,12% de la DNS, ont été orientés vers les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux respectivement en 2007 et en 2008.

Les prestataires de soins ambulatoires ont mobilisé 58,968 milliards de FCFA (soit 26,8%) en 2007, contre 70,754 milliards FCFA (soit 27,83%) en 2008.

S'agissant de la répartition des ressources entre fonctions, trois fonctions dominent dans les dépenses de santé. Il s'agit en premier lieu des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires, estimés à 65,440 milliards de FCFA soit 29,7% des financements en 2007 et 76,141 milliards de FCFA soit 29,95% en 2008. En second lieu viennent les soins curatifs à hauteur de 57,850 milliards de FCFA soit 26,3% en 2007 et 58,431 milliards soit 22,98% en 2008. En troisième lieu suivent les soins préventifs avec 44,199 milliards de FCFA soit 20,1% en 2007 et 59 764 milliards soit 23,5% en 2008.

Les dépenses de santé dans les régions ont connu un accroissement significatif entre 2007 et 2008. Le financement public de la santé au niveau des régions est passé de 31,852 milliards de FCFA à 46,493 milliards de FCFA entre 2007 et 2008 correspondant à une hausse de 46%.

Pour ce qui est du sous compte paludisme, le volume des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme est estimé à 23,973 milliards de FCFA en 2007 et à 24,555 milliards de FCFA en 2008 soit un accroissement de 31%. Le secteur privé notamment les ménages financent en grande partie les dépenses de lutte contre le paludisme avec respectivement 75,87% en 2006, 63,57% en 2007 et 62,85% en 2008. Les dépenses du paludisme sont dirigées essentiellement vers les produits pharmaceutiques et les autres biens médicaux non durables avec respectivement 63,50% en 2007 et 62,85% en 2008.

Des dépenses de santé liées à la tuberculose, deux principales sources contribuent au financement à son financement entre 2006 et 2008. Il s'agit du reste du monde et de l'Etat. Le volume des dépenses liées à la tuberculose est passé de 838 millions en 2007 à 1 milliards en 2008. Les dépenses liées à la tuberculose sont essentiellement dirigées vers les soins curatifs ambulatoires, 35% en 2007 et 32% en 2008.

INTRODUCTION

Dans un grand nombre de pays, les soins de santé sont assurés par une combinaison des entités du secteur public, du secteur privé et de la médecine traditionnelle. La nécessité d'une planification rigoureuse crée un besoin d'informations nationales fiables sur les sources et les usages des fonds alloués à la santé de préférence comparables entre pays. A cet égard, pour rendre les systèmes de santé plus performants dans un environnement en perpétuelle évolution, les décideurs doivent disposer d'informations sur les dépenses en santé à l'échelle internationale, nationale et locale.

Depuis 2005, le Burkina élabore les comptes nationaux de la santé. Ainsi, les CNS de l'année 2003 à 2006 sont disponibles. En 2009, la Banque Mondiale a entrepris d'accompagner le Burkina Faso afin de réaliser l'institutionnalisation de la production des comptes nationaux de la santé. Cette institutionnalisation exige deux conditions principales :

- avoir un ancrage institutionnel établi au sein d'une administration centrale, ce qui est le cas avec son rattachement à la Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS) ;
- avoir des aptitudes techniques permanentes afin de développer les estimations de dépenses de santé : une équipe pluridisciplinaire a été constituée à cet effet et travaille depuis 2006.

Si dans les premiers documents des CNS, il manquait des données sur certaines pathologies, elles ont été progressivement comblées et la présente publication des CNS comporte en plus des CNS globaux, des données des comptes spécifiques du paludisme et de la tuberculose.

Bien que des insuffisances liées entre autre à la collecte des données et au manque de certaines clés de répartition figurant dans le document, l'équipe des CNS a intégré progressivement les principes, méthodes et outils des comptes nationaux de la santé.

Ce rapport présente une vue d'ensemble des principales évolutions des dépenses de santé observées en 2007 et 2008. Il s'articule autour de deux grandes parties, la première partie présente les méthodes et les sources de données indispensables pour la réalisation des CNS et la seconde fait état des résultats des CNS 2007 et 2008. Cependant, les résultats des sous comptes paludisme, tuberculose et VIH/Sida font l'objet d'une analyse particulière.

L'équipe de rédaction espère que le document des CNS de 2007 et 2008 aura un accueil favorable et surtout servira comme son objectif l'indique d'instrument d'aide à la prise de décision.

I. GÉNÉRALITÉS

1. Présentation générale du pays

1.1 Données administratives

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes et 8 228 villages. La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

1.2 Données géographiques

Le Burkina Faso est situé en Afrique de l'Ouest. Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger, au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. C'est un pays, enclavé, couvrant une superficie de 274 200 Km².

Le taux moyen d'accroissement annuel est estimé à 3,1%, selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2006. Son climat est de type soudanien alternant une saison pluvieuse et une saison sèche plus longue. La végétation est de type soudano-sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eaux dont les principaux sont: le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

1.3 Données démographiques

La population est de 14 017 262 habitants selon le RGPH de 2006 avec une densité d'environ 51,8 habitants au km². Les femmes représentent 51,7% de la population globale contre 48,3% d'hommes. La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural.

Le taux brut de natalité était de 46‰. La population est essentiellement jeune (46,4% est de la tranche d'âge de 0 à 14 ans). L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,2 pour l'ensemble du pays. Le Burkina Faso est aussi un pays de fortes migrations internes et surtout externes.

1.4 Données économiques

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

Selon le document provisoire de la politique nationale de renforcement des capacités du Burkina Faso, l'économie burkinabé a été durement affectée par des facteurs tels que les crises énergétiques et alimentaires, la chute des cours des produits de base exportés notamment le coton.

En 2007, l'activité économique a ralenti en atteignant 3,6% contre 5,5% en 2006. Cette baisse est liée à la baisse de la production céréalière et aux difficultés de la filière coton.

1.5 Données socioculturelles

Estimé à 42,7 % entre 2000-2001, le taux brut de scolarisation primaire a atteint 66,55% en 2008. Cette évolution cache difficilement les fortes disparités selon le sexe et les zones géographiques ; chez les femmes, il est estimé à 61,2 % contre 71,7% chez les hommes (RGHP 2006). Le taux d'alphabétisation au niveau national reste faible autour de 32,4 % en 2004 (rapport de mise en œuvre PDDEB 2000-2009) avec encore de fortes disparités. Le faible niveau général de scolarisation influence négativement l'impact des activités de promotion et de restauration de la santé.

Le pays est d'une très grande diversité culturelle et religieuse. On dénombre plus d'une soixantaine de groupes ethniques. Au plan religieux, on note trois grandes religions qui sont l'islam (60,5%), le christianisme (23,2 %) et l'animisme (15,3 %).

2. Présentation du système de la santé : organisation du système de santé

L'organisation du système de santé prend en compte l'organisation des services administratifs et l'organisation des services de soins.

➤ **Sur le plan administratif**

Le système national de santé est organisé de façon pyramidale à trois (3) niveaux :

- le niveau central, comprend 28 directions centrales. Il est organisé autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général. Il définit la politique et assure la coordination technique et administrative des services centraux ;
- le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé (DRS) ; elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans les régions sanitaires ;
- le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires. Le pays en compte 63. Ce sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé, chargées de planifier et de mettre en œuvre les programmes de santé.

➤ **Les structures de soins**

Les structures de soins quant à elles, se répartissent en trois sous secteurs qui sont le sous secteur public, le sous secteur privé et le sous secteur traditionnel :

- le sous secteur public de soins comporte trois niveaux :
 - le premier niveau est constitué par les districts sanitaires. Ce niveau comprend deux échelons ; le premier échelon constitué par les CSPS et le deuxième échelon constitué par les CMA ;
 - le deuxième niveau constitue le niveau de référence pour les CMA. Ce niveau est représenté par les Centres hospitaliers régionaux (CHR) ;

- et le troisième niveau constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU) sert de niveau de référence pour les CHR et de centre de formation de base des professionnels de santé et de recherche ;
- Le sous secteur sanitaire privé se développe assez rapidement et concerne principalement le médicament et les structures de soins et sont concentrés dans les grands centres urbains essentiellement à Ouagadougou et Bobo Dioulasso. En fin 2007, on dénombrait 1034 structures privées toutes catégories confondues.
- La médecine et la pharmacopée traditionnelles sont reconnues par la loi n°23/94/ADP du 19/mai/1994 portant Code de la santé publique et elles font aujourd'hui l'objet d'une politique formelle du département de la santé.

3. les indicateurs

Les indicateurs sont classés par niveau de soins.

3.1 Indicateurs au niveau des formations sanitaires de premier échelon des districts

Il s'agit des activités des soins curatifs, préventifs, promotionnels, de l'information sanitaire et de la disponibilité des médicaments. Le tableau suivant résume le niveau de ces indicateurs en 2008 et les objectifs 2009.

Tableau 1 : Indicateurs au niveau des formations sanitaires de premier échelon des districts

INDICATEURS	Niveau en 2007	Objectif en 2008	Niveau en 2008	Objectif 2009
Nombre de contact/habitant et par an (CSPS, CMA)	0,43	0,45	0,49	0,51
Taux d'accouchements assistés	54,63%	57%	61,5%	64%
Taux de couverture vaccinale en BCG	107,52%	100%	108,56%	100%
Taux de CV en DTCHibHep3 des enfants de 0 à 11 mois	102,37%	100%	106,92%	100%
Taux de couverture vaccinale en VAR des enfants de 0 à 11 mois	93,86%	95%	100,75%	100%
Taux de couverture vaccinale en VAA des enfants de 0 à 11 mois	93,61%	95%	100,76%	100%
Taux de couverture vaccinale en VAT2 des femmes enceintes	89,12%	90%	95,14%	100%
Taux de couverture en CPN2 des femmes enceintes	69,87%	72%	74,2%	76%
Taux de prévalence contraceptive	24,91%	-	27,22%	30%
Taux de couverture en Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	-	80%	109,31	100%
Taux de promptitude des TLHO	99,59%	100%	100%	100%
Taux de complétude des rapports mensuels	99,78%	100%	99,50%	100%
% de FS n'ayant pas connu de rupture des 10 molécules essentielles	94,5%	≥ 95%	95,03%	≥ 95%
Nombre de malades référés par les CSPS vers le CMA	54 936		69 484	

Source : Rapport CSLP

Le niveau de mise en œuvre du PMA dans les formations sanitaires du premier échelon est appréciable.

3.2 Indicateurs au niveau du deuxième échelon de soin

Il s'agit ici du paquet complémentaire d'activités réalisé au niveau des CMA.

Tableau 2 : Indicateurs au niveau du deuxième échelon du district sanitaire

Indicateurs	Niveau en 2008
Taux d'occupation des lits	37,37%
Durée moyenne de séjour	2,85
Nombre total d'interventions chirurgicales effectuées	22 093
Dont césariennes	5 738
Taux de césariennes réalisées	34,04%
% de malades référés par les CSPS reçus par un Médecin au CMA	50 168
Nombre de contre références effectuées vers les CSPS	39 308

Source : Rapport de progrès 2008

Le taux d'occupation des lits et le taux de césarienne restent faibles.

3.3 Indicateurs au niveau des CHR et CHU

Tableau 3 : Principaux indicateurs au niveau du second niveau et troisième niveau de soins

Indicateurs	Niveau en 2008
Nombre de consultants	245 030
Nombre de malades hospitalisés	128 894
Taux d'occupation des lits	57,80%
Durée moyenne de séjour	4
Nombre d'interventions chirurgicales	24 523
dont césariennes	4 050
Nombre d'accouchements eutociques	9 811
Nombre d'accouchements dystociques	8 086
Nombre de patients référés	1 218
Nombre de références reçues	50 230
Nombre de contre références effectuées	16 076
Nombre de cas de sida notifiés	5 865
Taux de mortalité hospitalière	7,30%

Source : Rapport de progrès 2008

Le nombre des accouchements eutociques réalisés au niveau des hôpitaux est élevé. Le taux d'occupation des lits et le taux de césariennes restent faibles également au niveau des hôpitaux.

II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES

1. Définitions

1.1 Définition et utilité des CNS

Les Comptes nationaux de la santé (CNS) regroupent un ensemble d'informations économiques et financières systémiques et cohérentes sur le système de santé. Jointes aux autres indicateurs de santé, ces comptes permettent aux décideurs de disposer de plus d'évidences pour une meilleure appréhension du système de santé et pour une planification stratégique éclairée. Ils constituent une approche utile et réalisable de la mesure de l'efficacité du financement du système de santé. Les comptes peuvent être utilisés comme un instrument de diagnostic afin d'identifier des problèmes d'allocation des ressources, de proposer des pistes de solution et d'évaluer le degré de progression vers un objectif déterminé.

Les CNS permettent également de mesurer la part de financement réservée à chaque domaine d'intervention et fournissent un éventail de données qui expriment le degré d'efficacité et de pertinence en termes d'utilisation des financements investis. En effet, les CNS ne déterminent pas seulement combien chacune des sources de financement dépense pour la santé, ils permettent aussi de faire un suivi détaillé des flux de fonds entre les divers acteurs du secteur de la santé, jusqu'à la destination finale des ressources financières.

En résumé, les CNS permettent de répondre entre autres aux questions suivantes dans un système de santé :

- premièrement qui, dans le pays, paie pour les soins de santé ?
- deuxièmement, quels sont les différents agents de financement ?
- troisièmement, vers quelles structures/prestataires sont dirigés les financements mobilisés ?
- quatrièmement, quel ont été les différentes fonctions de santé financées ?

La flexibilité du cadre d'élaboration des CNS permet également d'analyser les données de certaines interventions sanitaires, telles que la santé de la reproduction, et celles liées à certaines maladies comme le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

1.2 Définition opérationnelle des concepts

1.2.1 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 d'entretenir la santé de la population et des individus pendant une période prédéterminée.

Cette définition s'applique quel que soit le type d'institution/entité fournissant ou finançant l'activité de santé. Cependant, 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.

1.2.2 La Dépense totale actuelle pour la santé (DTAS)

Elle est obtenue en faisant le cumul des dépenses des fonctions :

- services de soins curatifs (HC.1) ;
- services de réadaptation (HC.2) ;
- services de soins de longue durée (HC.3) ;
- services auxiliaires (HC.4) ;
- biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (HC.5) ;
- service de prévention et de santé publique (HC.6) ;

1.2.3 La Dépense totale pour la santé (DTS)

Elle est égale à la DTAS majorée des dépenses de formation de capital des établissements fournissant des soins de santé (HCR.1).

1.2.4 Les soins curatifs en milieu hospitaliers

Les soins hospitaliers peuvent être scindés en deux : (i) ceux qui concernent l'activité hospitalière pure et complète (in patient), c'est-à-dire des soins hospitaliers, stricto sensu qu'on ne retrouve que dans les hôpitaux (ii) et ceux qui sont liés à l'hospitalisation partielle et aux consultations externes qu'on peut appeler les « soins ambulatoires à l'hôpital » (out patient). Ce second type de soins n'est pas retenu dans les soins hospitaliers mais ambulatoires.

Sont également compris dans les soins en milieu hospitalier les prestations réalisées par des structures comme le Centre national de transfusion sanguine, dont les produits sanguins participent au rétablissement du malade en milieu hospitalier ;

On entend par hôpital : les hôpitaux publics (CHU/CHR), les hôpitaux de district (CMA), les cliniques et polycliniques du secteur privé.

1.2.5 Les soins curatifs ambulatoires

Ce sont des soins qui se font généralement pour les malades non hospitalisés auprès des prestataires suivant :

- centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ;

- cabinets de soins infirmiers ;
- laboratoires d'analyses médicales ;
- cabinets de radiologie ;
- infirmeries et maternités isolées ;
- cabinets médicaux ;
- dispensaires ;
- CMA
- etc.

A cela s'ajoutent les activités de soins ambulatoires réalisées dans les hôpitaux. Sont compris également dans ces soins les prestations assurées dans les structures telle que le centre national de lutte contre la cécité, le centre nationale de lutte contre la tuberculose (CNLAT), le centre national d'appareillage et d'orthopédie du Burkina (CNAOB), les centres de santé universitaire, les services de santé au travail, la médecine dans les infirmeries pénitentiaires, la médecine traditionnelle.

1.2.6 la prévention et la santé publique

La prévention est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective (définition de l'Organisation mondiale de la santé). Autrement dit, il s'agit de prestations destinées à l'ensemble de la communauté considérée comme un seul bloc et non à la société en tant qu'ensemble d'individus. Parmi les activités de santé publique, il pourrait être cité :

- les activités de surveillance épidémiologique ;
- les activités de sensibilisation contre la tuberculose ;
- les campagnes de lutte contre la filariose lymphatique ;
- les activités d'hygiène et d'assainissement ;
- les campagnes d'information, de sensibilisation, de lutte contre le VIH/SIDA, et le paludisme ;
- etc.

1.2.7 Les Débours directs

Les débours directs sont des sommes d'argent versées par les ménages en contrepartie d'une prestation de service de santé dans une formation sanitaire ou non. Ne sont pas comptabilisées dans les débours directs les cotisations des ménages pour le compte d'une mutuelle de santé ni d'une assurance maladie.

1.2.8 La formation du capital des établissements prestataires de soins de santé

Il s'agit des investissements réalisés et des équipements de soins achetés pour le compte des structures de santé. Les investissements créent des actifs dont la particularité est d'être utilisée sur le long terme.

1.2.9 les biens médicaux dispensés

Ce sont les médicaments, les consommables et les dispositifs médicaux, la lunetterie, les prothèses pour l'orthopédie et les appareils pour handicapés et autres petits matériels consommés en dehors de l'hospitalisation.

1.2.10 la formation

La formation englobe des activités de formation de base (pour les paramédicaux) et de formation de spécialisation pour le personnel du Ministère de la santé. Les formations de courte durée ne sont pas prises en compte dans ce cas de figure. En effet, ne donnant pas droit à un diplôme, elles ne participent donc pas à une fonction sanitaire connexe, donc pas à un investissement. Les dépenses relatives aux formations à court terme font partir des dépenses de fonctionnement.

Les formations initiales des médecins et des pharmaciens ne sont également pas prises en compte.

1.2.11 Les 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'économie et des finances pour le budget de l'Etat, les ménages, les bailleurs de fonds étrangers appelés « reste du monde ».

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

1.2.12 Le reste du monde

Le reste du monde est un terme généralement utilisé en comptabilité nationale pour désigner tout ce qui ne fait pas partie de l'entité nationale. Dans le cadre des comptes nationaux de la santé, le reste du monde est généralement utilisé pour désigner les financements ou les parties prenantes de l'extérieur.

1.2.13 Les 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.

Exemple : Présidence du Faso, Ministère de la Santé, Ministère de la défense, Caisse nationale de sécurité sociale, compagnies d'assurance privées, mutuelles de santé, ménages.

Les ménages également sont des agents de financement pour les débours directs en intégralité ou en partie dans les cas de co-paiements.

1.2.14 Les prestataires

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. Ils 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.

1.2.15 Les fonctions de santé

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 sources de financement, agents de financement, prestataires et fonction sont schématisées comme suit :

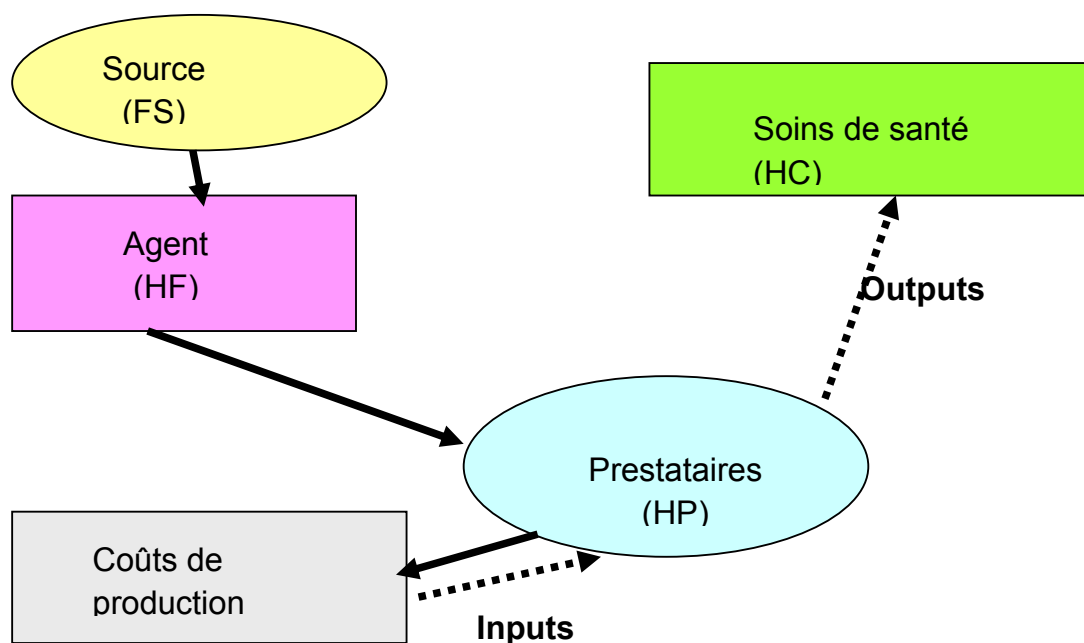


Figure 1 : Interrelations entre les quatre principales entités

1.2.16 Les flux financiers

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

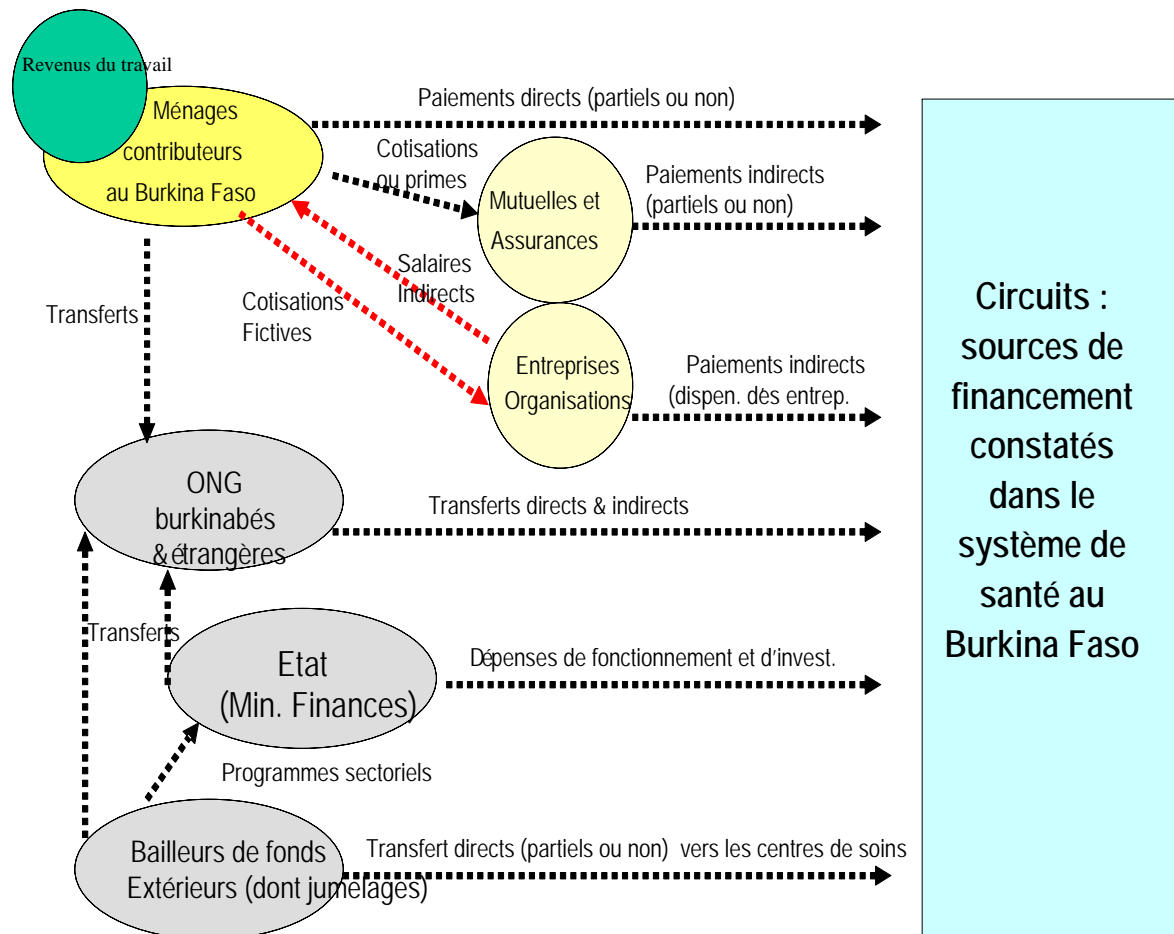


Figure 2 : Représentation des flux financiers

2. Processus d'élaboration des CNS

La réalisation des comptes nationaux s'est faite selon les étapes suivantes : les activités préparatoires, les activités de collecte, la saisie et le traitement des données, la validation interne des données et la rédaction du rapport.

2.1. Collecte de données

Deux méthodes ont été utilisées pour la collecte des données pour les CNS de 2007 et 2008. Pour l'année 2007, il a été utilisé la stratégie habituelle de collecte des

données qui a consisté à adresser un questionnaire aux différentes structures productrices de données (structures publiques, privés, ONG, partenaires techniques et financiers...). La deuxième méthode de collecte des données, qui a été utilisée pour les CNS 2008, s'inscrit dans le cadre du processus d'institutionnalisation de l'élaboration des CNS. Elle permet de réduire les coûts et le temps liés à l'élaboration des CNS et d'améliorer la qualité des données collectées. Elle a consisté à utiliser la nomenclature des activités du PNDS. Cet outil a été conçu initialement pour la planification, le suivi et l'évaluation des activités réalisées au sein du Ministère de la santé.

En plus de ces dispositifs, des documents financiers et comptables (comptes de gestion, rapports financiers, bilans comptables...) ont été exploités pour la concordance et la triangulation des données.

2.2. Traitement et analyse des données

2.2.1 Techniques d'estimation des dépenses de santé

a) Cas des données du budget de l'Etat

Les données du budget de l'Etat proviennent du Circuit informatisé de la dépense (CID), des crédits délégués exécutés. Les données du budget de l'Etat proviennent du Circuit informatisé de la dépense (CID) de l'Etat, des crédits délégués exécutés. La clé de répartition des crédits délégués au niveau district est la suivante : Equipe cadre de district (ECD) : 24,2%, Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) : 35,3%, Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) : 40,5%¹.

La distribution des dépenses relatives aux investissements a été faite suivant la réalisation des infrastructures et équipements dans les régions. A ce titre, les rapports de suivi de la DAF ont été utilisés. Les dépenses communes interministérielles ont été ventilées par structure proportionnellement au budget. Toutes les dépenses de soins réalisées par les hôpitaux ont été prioritairement affectées aux soins en milieu hospitalier. Les salaires au niveau des districts ont été ventilés à raison de 33% pour les soins hospitalier (CMA) et 67% pour les soins ambulatoires (CSPS...)².

b) Cas des dépenses des ménages

Les dépenses des ménages ont été obtenues sur la base de l'enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages (EBCVM) de 2003. La démarche suivante a été utilisée pour l'actualisation des données :

Variables d'intérêt :

- Dépenses totales de santé des ménages par région en 2007 et 2008.

Variables utilisées :

¹ INSD, 2008 : Enquête sur le suivi du CSLP des services déconcentrés du Ministère de la santé et du Ministère

²

- Dépense moyenne annuelle de santé des ménages en 2003 (EBCVM 2003 INSD)
- Indice de la fonction santé (base 100 : 1996) INSD
- Estimation de la population par région INSD (RGPH 2006)

Méthodologie de calcul :

Hypothèse forte d'estimation : la méthode d'actualisation se fonde sur l'hypothèse que la structure de dépense des ménages est restée la même depuis 2003. Par exemple, le ménage qui consacrait 15% de ses dépenses à la santé en 2003 consacre la même proportion en 2007 et en 2008.

A partir des résultats de l'EBCVM 2003, nous disposons des dépenses moyennes annuelles de santé des ménages par région.

L'affectation des dépenses des ménages par prestataire a été obtenue en utilisant les sources secondaires pour obtenir les clés de répartition. Ceci dans la mesure où cette affectation n'est pas disponible dans l'enquête ménage. Ainsi :

- Les dépenses des ménages dans les hôpitaux ont été obtenues à partir de la contribution des fonds propres dans les comptes de gestion dans les hôpitaux.
- Les dépenses des médicaments ont été calculées sur la base des données de l'enquête ménage avec une triangulation à partir des données de consommation des médicaments de la Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DGPML).

2.2.2 Codification et analyse des données

Le masque de saisie des données a été élaboré avec le tableur EXCEL organisé autour de plusieurs feuilles dont la principale contient les enregistrements de toutes les données codifiées en langage CNS.

ORDÉ	CAM	SOURC	ANN	S	PF	VI	C			VF	M	M	F	H	H	Con	M	H
67	2008	ENSP	2010	1	AN	14,691,000	0.82	1	1	11,987,856	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
68	2008	ENSP	2010	1	AN	949,900	0.82	1	1	775,118	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
69	2008	ENSP	2010	1	AN	29,999,958	0.82	1	1	24,479,966	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
70	2008	ENSP	2010	1	AN	11,736,049	0.82	1	1	9,576,616	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
71	2008	ENSP	2010	1	AN	71,998,000	0.82	1	1	58,750,368	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
72	2008	ENSP	2010	1	AN	3,560,914	0.82	1	1	2,905,706	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
73	2008	ENSP	2010	1	AN	7,448,278	0.82	1	1	6,077,795	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
74	2008	ENSP	2010	1	AN	23,053,424	0.82	1	1	18,811,594	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
75	2008	ENSP	2010	1	AN	14,997,800	0.82	1	1	12,238,205	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
76	2008	ENSP	2010	1	AN	26,916,906	0.82	1	1	21,964,195	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
77	2008	ENSP	2010	1	AN	1,338,916	0.82	1	1	1,092,555	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
78	2008	ENSP	2010	1	AN	19,918,600	0.82	1	1	16,253,578	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
79	2008	ENSP	2010	1	AN	61,412,500	0.82	1	1	50,112,600	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
80	2008	ENSP	2010	1	AN	8,021,200	0.82	1	1	6,545,299	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
81	2008	ENSP	2010	1	AN	1,417,500	0.82	1	1	1,156,680	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
82	2008	ENSP	2010	1	AN	11,216,821	0.82	1	1	9,152,926	MVA	HP	111	1111	821	1		R22
83	2008	ENSP	2010	1	AN	1,945,000	0.82	1	1	1,587,120	MVA	HP	111	1111	821	1		R22

Figure 3 : Copie d'écran de la table d'enregistrement

Les données ont été codifiées par famille suivant les techniques d'estimation des dépenses spécifiques dans la table d'enregistrement. Ensuite, toutes les familles de données ont été compilées pour l'analyse et la production des tableaux CNS.

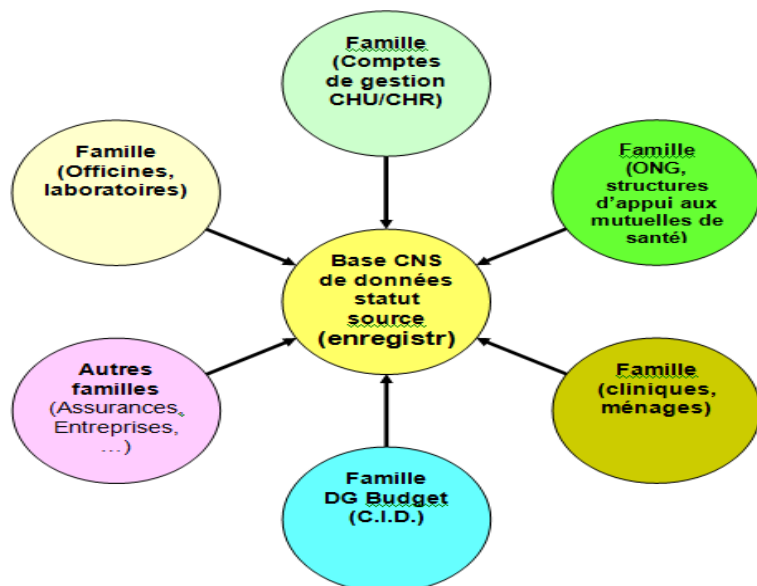


Figure 4 : Famille de données pour l'organisation de la saisie des données

3. Limites de l'étude

Au niveau des dépenses des ménages, l'enquête utilisée (EBCVM 2003) ne permet pas une désagrégation des données par prestataire.

Au niveau des hôpitaux il y a une difficulté à répartir les dépenses entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires.

La distribution de certaines dépenses communes réalisées au niveau central pour le niveau périphérique n'a pas été toujours possible. C'est le cas notamment des dépenses d'administration réalisée au niveau central.

Le système comptable dans les structures de santé ne permet pas une désagrégation des dépenses de santé par pathologie.

III. RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE (CNS) 2007 ET 2008

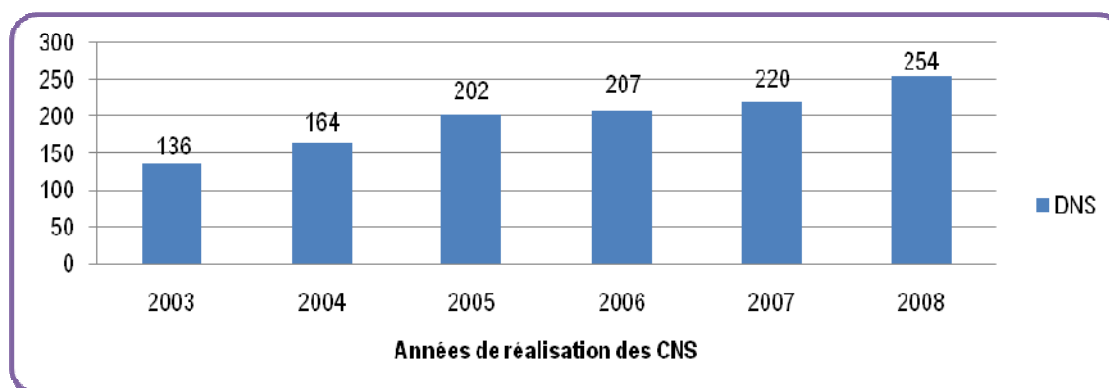
1. Volume de financement de la santé

Les Comptes nationaux de la santé (CNS) permettent de déterminer trois niveaux de financement des dépenses de santé :

1.1 La dépense nationale de santé (DNS)

La DNS inclut toutes les fonctions en rapport avec la santé. Elle est passée de 219,996 milliards de FCFA en 2007 à 254,240 milliards de FCFA en 2008, soit un accroissement de 15,57%. Elle était estimée à 206,592 milliards en 2006 et 202,068 milliards en 2005 (graphique 1).

Graphique n°1 : Evolution du volume global des dépenses nationales de santé (DNS) de 2003 à 2008



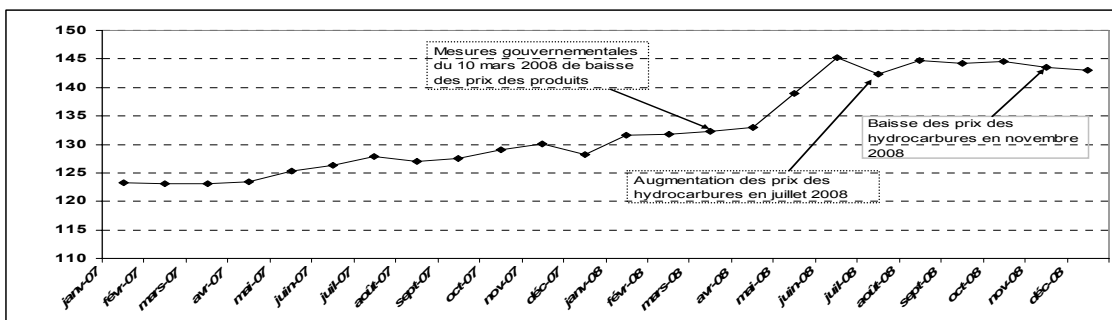
Entre 2003, année du premier exercice des CNS et 2008, le dernier exercice, la dépense nationale de santé est passée de 136 milliards à 254 milliards FCFA ; soit une augmentation de 87%. Cependant, en 2003 et 2004, les données du VIH/SIDA n'ont pas été intégralement prises en compte. Une telle comparaison serait plus appropriée pour les années 2005 à 2008. De 2005 à 2008, la DNS est passé de 202 milliards à 254 milliards soit un accroissement de 26% sur toute la période et un accroissement moyen annuel de 8%. Les montants étant exprimés à prix courant.

Entre 2007 et 2008, la DNS a connu un accroissement de 15,57% pour plusieurs raisons :

- i) Il y a eu une amélioration du circuit de la collecte des données, par une collaboration avec le SP/CNLS, afin de disposer des données déjà prétraités sur les dépenses relatives au VIH/SIDA ;
- ii) l'utilisation de la nomenclature des activités du PNDIS ;
- iii) **Le niveau de l'inflation** : l'inflation en 2008 s'est établie à 10,7% contre -0,3% en 2007. Ce niveau historique de l'inflation s'explique principalement par la flambée des prix des produits de grande consommation, notamment

alimentaire. L'évolution mensuelle de l'IHPC (graphique N°2) montre un écart important entre les années 2007 et 2008 sur l'ensemble des douze mois malgré les mesures prises par le gouvernement pour contenir la flambée des prix. Les niveaux les plus élevés de l'indice général ont été atteints à partir du mois de juin 2008.

Graphique n°2 : Evolution mensuelle de l'indice harmonisé des prix à la consommation (IHPC) de 2007 à 2008



Source : INSD

La santé n'est pas restée en marge des effets de cette inflation. En effet, l'évolution des indices par fonction de consommation est passée de 0,1% en 2007 à 1,7% en 2008. Ainsi, la santé a coûté 1,6% plus chère en 2008 qu'en 2007 pour les ménages.

1.2 La Dépense totale pour la santé (DTS)

La DTS était de 250,351 milliards et 221,917 milliards F CFA respectivement en 2008 et 2007 contre 191,195 milliards de F CFA en 2006 et 193,471 milliards de F CFA en 2005.

1.3 La Dépense totale actuelle pour la santé (DTAS)

La DTAS est estimée à 221,320 milliards F CFA en 2008 et 195,413 milliards F CFA en 2007, contre 179,325 milliards et 180,736 milliards de F CFA respectivement en 2006 et 2005.

2. Sources de financement de la santé

Les dépenses nationales de santé sont financées par trois sources. Il s'agit de l'Etat et ses démembrements (fonds publics), du secteur privé et du reste du monde.

- le secteur privé a le plus contribué dans le financement de la santé par rapport aux autres sources avec 86,83 milliards en 2007 et 100,64 milliards de FCFA en 2008 soit respectivement 39,5 % et 39,6% ;
- l'Etat à travers les fonds publics, a contribué à hauteur de 68,67 milliards en 2007 et 79,56 milliards FCFA en 2008 soit 31,2% et 31,3% ;
- le reste du monde a contribué à la DNS pour 64,5 milliards (29,3%) de FCFA en 2007 et 74,04 milliards (29,1%) de FCFA en 2008.

Tableau 4 : Dépense nationale de santé selon les sources de financement en millions de FCFA

SOURCES DE FINANCEMENT		CNS 2007	%	CNS 2008	%
FS.1.1.1	Budget Etat (prêts)	6 097	2,77%	15 089	5,94%
	<i>Fonds de l'administration centrale</i>	131125	59,6%	143873	56,6%
FS.1.1.2	<i>Fonds des collectivités territoriales</i>	58	0,03%	79	0,03%
FS.1	Total Fonds publics	68 669	31,21%	79 560	31,29%
FS.2.2	Entreprises privées	2 583	1,17%	3 132	1,23%
FS.2.2	Ménages	84 244	38,29%	97 504	38,35%
FS.2	Total fonds privés	86 827	39,47%	100 637	39,58%
FS.3.1.1	Coopération bilatérale	6 562	2,98%	4 352	1,71%
FS.3.1.2	Coopération multilatérale	31 525	14,33%	40 815	16,05%
FS.3.2	Fonds des ONG, fondations et firmes internationales	26 412	12,01%	28 876	11,36%
FS.3	Total fonds du reste de monde	64 500	29,32%	74 044	29,12%
TOTAL GENERAL		219996	100%	254240	100%

Le tableau 4 montre l'évolution de la dépense nationale de santé par source de financement de 2003 à 2008.

Les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé au Burkina Faso. Depuis l'élaboration des premiers CNS en 2003 jusqu'en 2008, la contribution des ménages au financement de la santé est passée de 49,8% à 38,4% (cf. graphique n°3). A l'image de l'évolution des dépenses de santé des ménages, de 2003 à 2005, la contribution des ménages a connu à baisse sensible, du fait de la méthodologie qui n'intégrait pas toutes les dépenses relatives au VIH/SIDA. Pour les années 2007 et 2008, la contribution des ménages a connu un accroissement de 15,7%, ceci malgré les efforts du gouvernement tendant à réduire les dépenses de santé des ménages à travers les mesures de subvention des accouchements et la gratuité dans la prise en charge du paludisme grave chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Par rapport à l'évolution des financements publics, le constat est que ce financement est à la hausse en valeur absolue, sur la période allant de 2003 à 2008. Ainsi, les financements publics ont été de 34,812 milliards en 2003, 44,208 milliards en 2004, 48,315 milliards en 2005, 64,395 milliards en 2006, 68,68 milliards en 2007 et 79,56 milliards de FCFA en 2008. En valeur relative, les parts des financements publics par rapport aux dépenses nationales de santé sont respectivement de 25,5% en 2003; 26,9% en 2004 ; 23,9% en 2005 ; 31,17% en 2006 ; 31,2% en 2007 et 31,6% en 2008.

Le reste du monde constitue la troisième source importante de financement de la santé après les ménages et l'Etat. Ainsi, les financements du reste du monde sont de 27,988 milliards en 2003 ; 43,991 milliards en 2004 ; 70,731 milliards en 2005, 61,173 milliards en 2006, 64,5 milliards en 2007 et 74,04 milliards de FCFA en 2008. Cela représente, 20,5%, 26,8%, 35,0%, 29,61%, 29,3% et 29,4% respectivement

pour les années 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 et 2008. Il est à noter la baisse de 5,39 points du financement du reste du monde entre la période 2005 et 2006.

Pour ce qui est des financements extérieurs, une grande partie des financements proviennent de dons en nature (médicaments). Les dons en médicaments représentent par rapport aux financements extérieurs 40% et 38% respectivement en 2007 et 2008. Par rapport à la dépense nationale de santé, les médicaments représentent respectivement 12% et 11% en 2007 et 2008.

Graphique n°3 : Evolution des dépenses de santé par source de 2003 à 2008

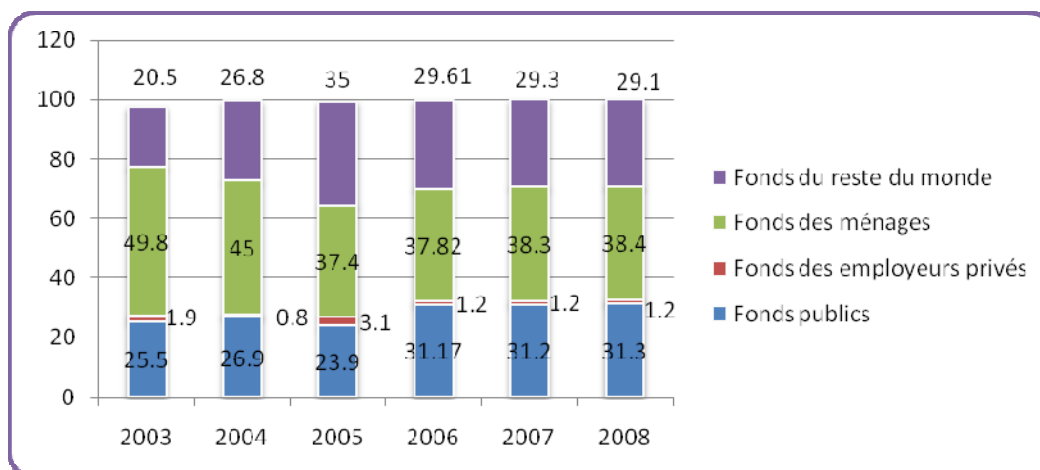


Tableau 5 : Evolution de la structure de la DNS par source de financement de 2003 à 2008

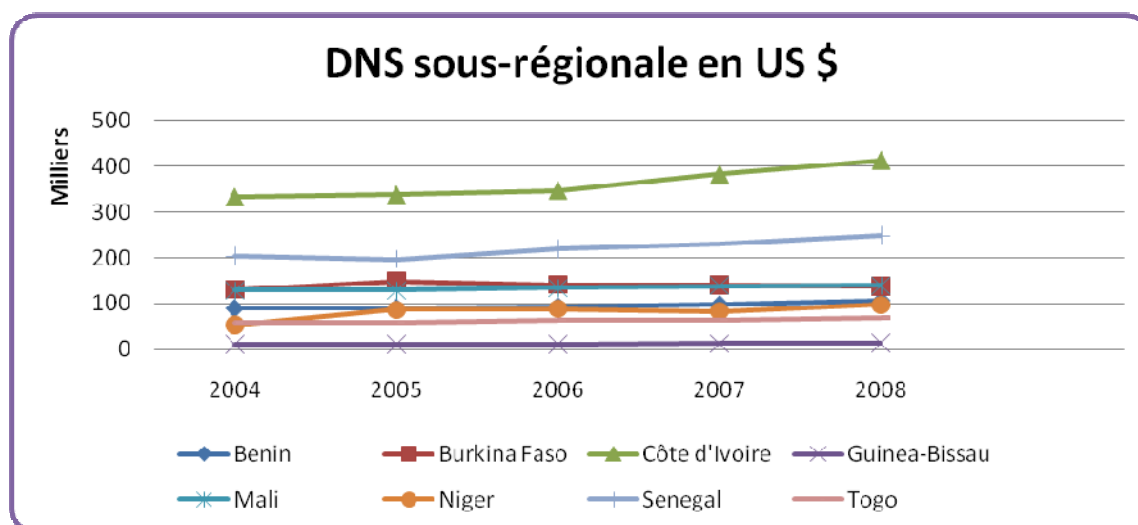
	Source de financement	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		Montant en millions FCFA	%	Montant en millions FCFA	%	Montant en millions FCFA	%	Montant en millions FCFA	%	Montant en millions FCFA	%	Montant en millions FCFA	%
FS.1	Fonds publics	34 812	25,5	44 208	26,9	48 315	23,9	64 395	31,2	68 668	31,2	79 560	31,3 %
FS.2.1	Fonds des employeurs privés	2 618	1,9	1 252	0,8	6 291	3,1	1	-	2 584	1,2	3 132	1,2%
FS.2.2	Fonds des ménages	67 824	49,8	73 753	45	75 615	37,4	80 617	39	84 244	38,3	97 504	38,4 %
FS.2.3	Fonds des ISBLM	ND	-	ND	ND	139	0,1	405	0,2	-	-	-	-
FS.3	Fonds du reste du monde	27 988	20,5	43 991	26,8	70 731	35	61 173	29,6	64 500	29,3	74 043	29,1 %
FS.nst	Fonds NST	3 028	2,2	872	0,5	977	0,5	-	-	-	-	-	0,0%
	Ensemble	136 270	100	164 076	100	202 068	100	206 592	100	219 996	100	254 240	100

3. Comparaison sous-régionale de la dépense nationale de santé

La comparaison sous-régionale des dépenses de santé se fera suivant deux agrégats principaux que sont : la dépense nationale de santé en prix constant de 2000 en dollars US et les dépenses de santé en pourcentage du PIB. Les données ont été obtenues à partir de la base de données de l'Organisation mondiale de la santé, étant donné que tous les pays ne sont pas aux mêmes niveaux de production des comptes nationaux de la santé.

Pour le premier agrégat, il est fortement dépendant du pouvoir économique des différents pays. En effet, plus le pouvoir économique du pays est élevé, plus la dépense nationale de santé l'est aussi. A cela, il faut ajouter les questions relatives à la démographie. Il semble exister un lien entre DNS, pouvoir économique et démographie.

Dans l'espace UEMOA, la Côte d'Ivoire vient en tête en matière de DNS, suivi du Sénégal et du Burkina Faso.



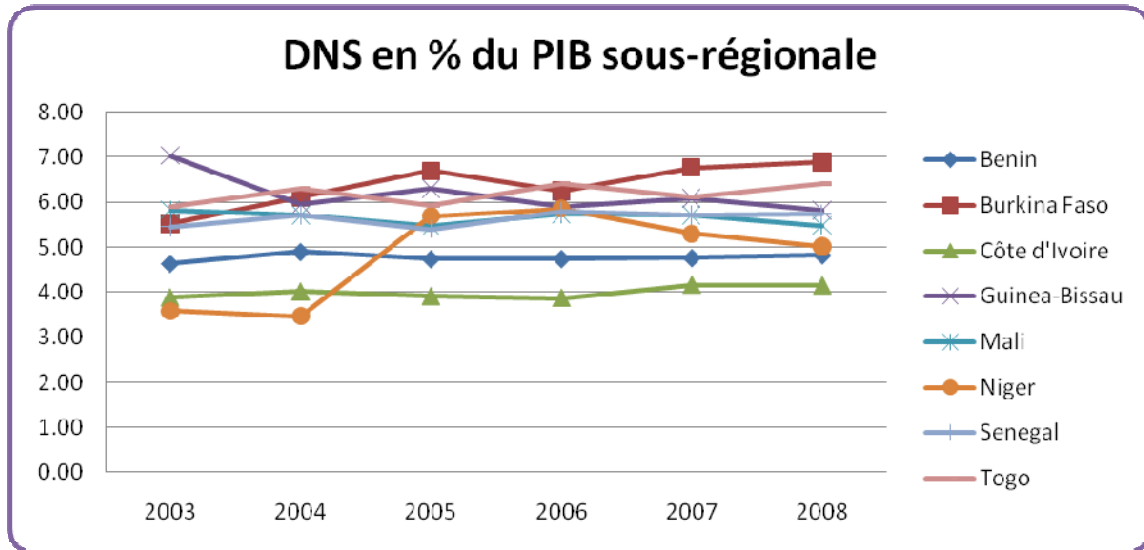
Graphique n°4 : Evolution de la DNS de 2004 à 2008 dans l'espace UEMOA

Source : OMS

La dépense nationale de santé en pourcentage du PIB, agrégat utilisé dans les comparaisons internationales, s'élève à 6,77 % en 2007 contre 6,89% en 2008 (graphique n°5) pour le Burkina Faso. Ce résultat place le Burkina Faso en tête des pays de la sous-région.

Cependant, les ménages supportent une grande partie des dépenses de santé à travers les débours directs. Les mécanismes de sécurité sociale étant quasi inexistantes et l'assurance maladie privée étant généralement supportés par les entreprises.

Graphique n°5 : Comparaison sous régional de la DNS en % du PIB de 2003 à 2008



Source : OMS (les données du Burkina ont été actualisées pour les années 2007 et 2008)

4. Répartition des dépenses de santé entre les prestataires

Les hôpitaux, les prestataires de soins ambulatoires et les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux, t les constituent les principaux prestataires de santé en 2007 et 2008, comme l'indique le tableau 6.

Tableau 6 : Répartition des dépenses de santé par prestataire de 2007 à 2008 (x 1 000)

	PRESTATAIRES	CNS-2007	%	CNS-2008	%
HP.1	Hôpitaux	48 122 816	21,87	57 499 428	22,62
HP.3	Prestataires de soins ambulatoires	58 968 272	26,80	70 753 687	27,83
HP.4	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	64 933 538	29,52	74 025 425	29,12
HP.5	Fourniture et gestion de programmes de santé publique	5 474 698	2,49	12 964 595	5,10
HP.6	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	33 543 131	15,25	28 673 620	11,28
HP.7	Autres prestataires de services de santé	1 004 579	0,46	1 053 514	0,41
HP.8	Institutions fournissant des services sanitaires connexes	3 238 145	1,47	3 880 514	1,53
HP.9	Reste du monde	1 573 528	0,72	1 666 873	0,66
HP.NST	Prestataire non spécifié par type	3 137 405	1,43	3 722 816	1,46
	TOTAL (DNS)	219 996 114	100	254 240 473	100

A la lumière du tableau ci-dessus, on observe qu'en 2007, 64,934 milliards de FCFA soit 29,5% des DNS, ont été orientés vers les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux contre 74, 025 milliards de FCFA soit 29,12 % en 2008.

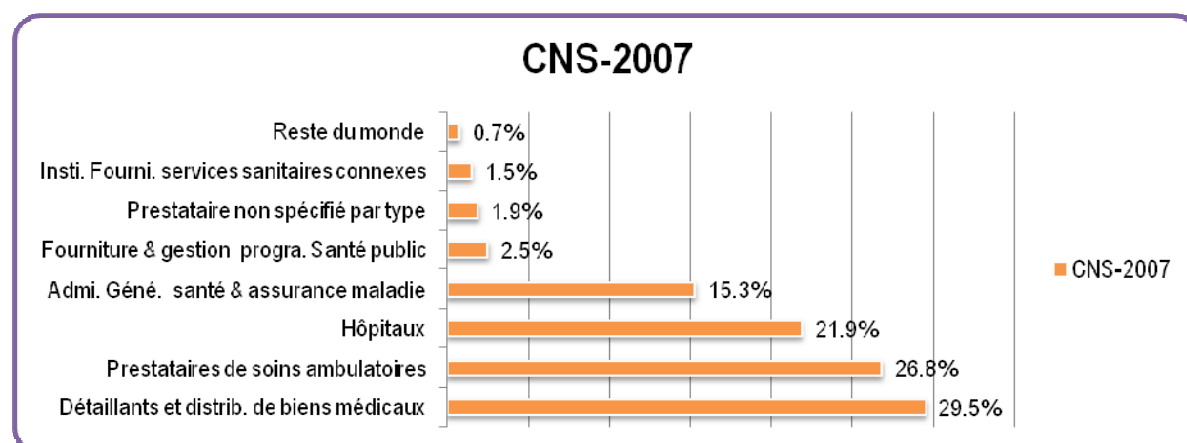
Sur le total des financements orientés dans ce domaine, la totalité des financements a été destinées à l'achat des médicaments dans les pharmacies en 2007 et en 2008.

Les prestataires de soins ambulatoires ont mobilisé 58,968 milliards de FCFA (soit 26,8%) en 2007, contre 70,754 milliards FCFA (soit 27,83%) en 2008.

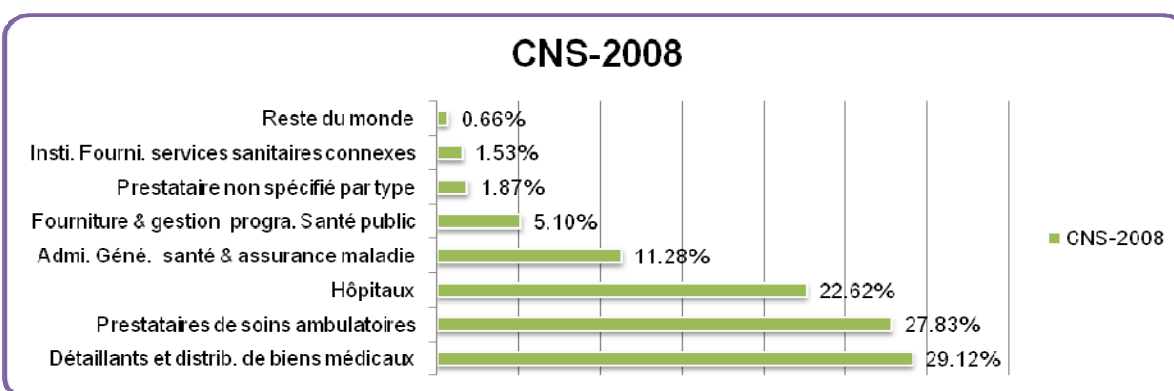
En résumé, les médicaments ont absorbé d'énormes ressources financières, raison pour laquelle, les prestataires « détaillants et autres distributeurs de biens médicaux » ont occupé le premier rang en terme d'importance en volume de financement.

Les graphiques ci-dessous présentent une illustration graphique des dépenses de santé entre prestataires (Cf. annexe 6 pour la distribution croisée des dépenses de santé entre prestataires et fonction de santé).

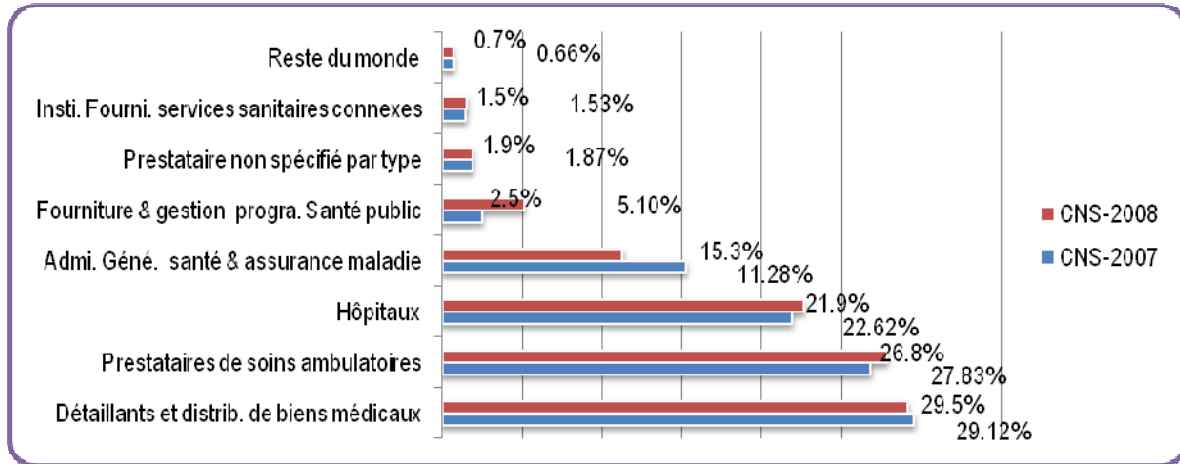
Graphique n°6 : Distribution des dépenses de santé par prestataire en 2007



Graphique n°7 : Distribution des dépenses de santé par prestataire en 2008



Graphique n°8 : Comparaison CNS 2007 et 2008 de la distribution des dépenses de santé entre prestataire



5. Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires en 2007 et en 2008

Tableau 7 : Classification par fonction des dépenses de santé de 2007 à 2008 en millions de FCFA

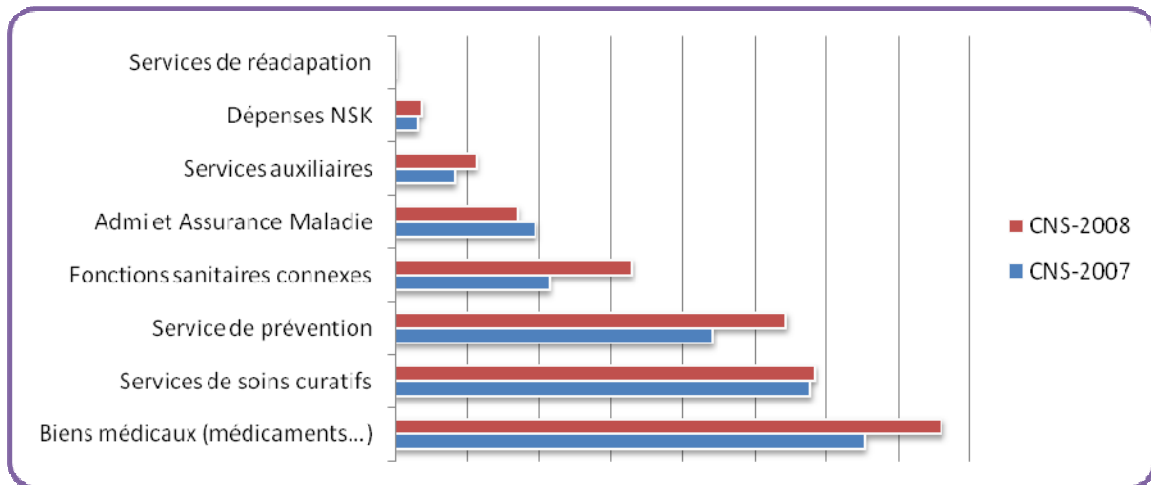
HC-Agr	HC-Name	CNS-2007	CNS-2008
Services de soins curatifs	Soins curatifs ambulatoires	14 258	3 024
	Soins curatifs en milieu hospitalier	43 593	55 406
Total Services de soins curatifs		57 850	58 431
Services de réadaptation	Réadaptation en mode ambulatoire	37	98
Total Services de réadaptations		37	98
Services auxiliaires	Imagerie diagnostic pour patients externes	ND	144
	Laboratoires d'analyse médicale pour patients exter.	8 380	11 195
Total Services auxiliaires		8 380	11 339
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	Appareils médico-techniques, y compris fauteuils roulants	247	277
	Lunetterie et autres produits d'optique	29	50
	Moustiquaires imprégnées	330	1 969
	Produits pharmaceutiques. et autres biens médicaux non durable	64 833	73 845
Total Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires		65 440	76 141
Service de prévention et de santé publique	Médecine du travail	814	823
	Prévention des maladies transmissibles	42 319	58 314
	Service de santé maternelle et infantile	1 067	627
Total Service de prévention et de santé publique		44 199	59 764

Administration de la santé et Assurance Maladie	Administration générale de santé : publique sauf sécurité sociale	18 748	16 218
	Activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale	14	ND
	Assurances sociales privées	105	34
	Sociétés d'assurance privées	640	839
Total Administration de la santé et Assurance Maladie		19 508	17 090
Fonctions sanitaires connexes	Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène)	573	518
	Education et formation du personnel de santé	132	72
	Formation à l'étranger	179	115
	Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé	17 504	23 765
	Formation nationale	1 898	1 975
	Recherche et développement dans le domaine de la santé	1 159	1 209
Total Fonctions sanitaires connexes		21 445	27 655
Total Dépenses de santé non spécifiées par catégorie		3 137	3 723
TOTAL GENERAL		219 996	254 240

L'examen du tableau précédent, laisse apparaître en 2007 et en 2008 trois fonctions dominantes où sont orientés la majorité des financements. Il s'agit en premier lieu des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires, estimés à 65,440 milliards de FCFA soit 29,7% des financements en 2007 et 76,141 milliards de FCFA soit 29,95% en 2008. En second lieu viennent les soins curatifs à hauteur de 57,850 milliards de FCFA soit 26,3% en 2007 et 58,431 milliards soit 22,98% en 2008. En troisième lieu suivent les soins préventifs avec 44,199 milliards de FCFA soit 20,1% en 2007 et 59 764 milliards soit 23,5% en 2008.

Une analyse de la distribution par fonction des dépenses de santé laisse apparaître une prédominance des dépenses de médicaments. La grande partie des dépenses de santé des ménages est orientée vers l'achat des médicaments.

Le graphique n°9 présente une illustration de la classification par fonction des dépenses de santé de 2007 à 2008.



Graphique n°9 : Classification par fonction des dépenses de santé

6. Répartition des dépenses de santé par région en 2007 et en 2008

Entre 2007 et 2008, le financement public de la santé a connu une augmentation au niveau des régions passant de 31 852 millions à 46 493 millions correspondant à une hausse de 46% par rapport à 2007. Par contre la proportion du montant global affecté par région est restée stable entre 2007 et 2008. De ce fait, toutes les régions ont connu une augmentation de montant global de l'appui public. Un croisement du taux de financement de la santé par région avec la proportion de fréquentation des formations sanitaires par région, la proportion de population par région et la proportion d'infrastructures par région permet d'apprécier la politique de financement en santé des régions. En effet, la meilleure répartition des ressources financières doit tenir compte des fréquentations des formations sanitaires. A défaut, on peut s'en tenir au nombre d'infrastructures en supposant que la construction des formations sanitaires s'effectue en fonction de la demande de la localité en soins de santé. Au delà de ses deux variables, la population par région peut être utilisée pour apprécier l'équité entre financement reçu par les régions et besoin réel en financement des régions car la fréquentation des formations sanitaires d'une localité croît avec la population de la localité.

En comparant la proportion des fréquentations des formations sanitaires par région et la part du financement public alloué aux régions, on observe une inadéquation entre ces deux indicateurs. Seules les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre, des Hauts bassins, du Sahel et du Sud – Ouest présente des parts de financement supérieur à la proportion de personnes qui fréquentent les formations sanitaires.

En considérant uniquement le nombre d'infrastructure existant dans la région, on se rend compte que les régions dont les financements sont acceptables sont les régions du centre et des Hauts bassins.

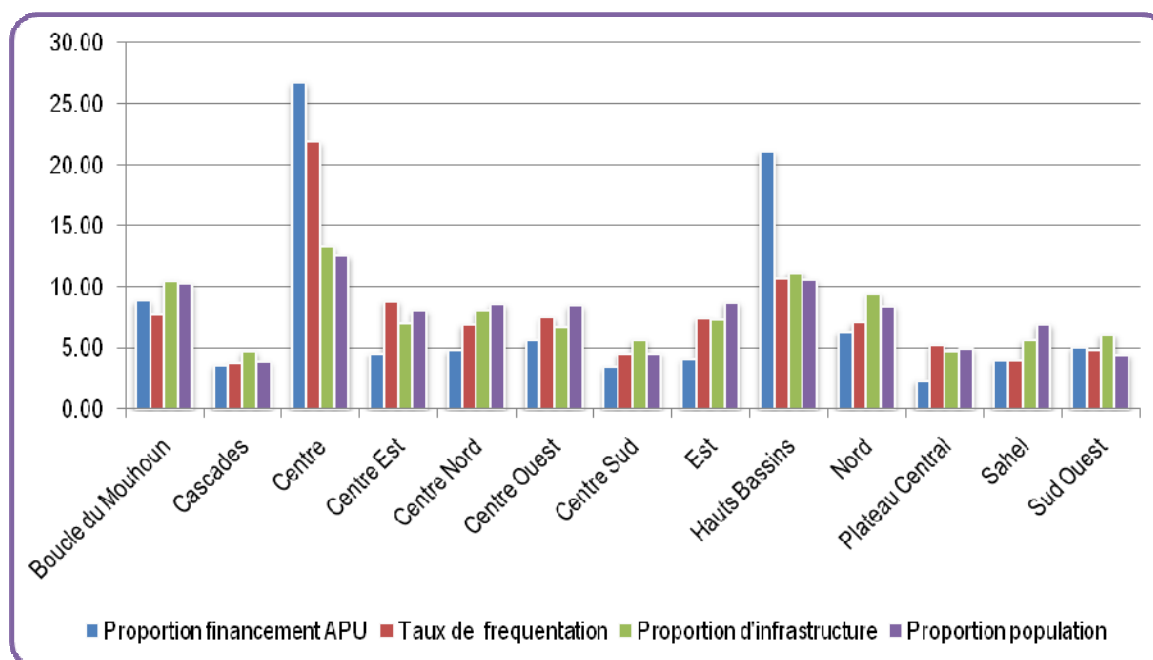
En prenant comme variable de comparaison la part de population par région, il ressort que les régions du centre, des Hauts bassins et du Sud- Ouest sont bien financé.

Ainsi, nous pouvons dire globalement que les régions des Cascades, du centre-Est, du Centre- nord, du Centre-ouest, du nord et du plateau central ne bénéficient pas de financement adéquat conformément a la fréquentation des formation sanitaires, au nombre d'infrastructure des régions et de la population vivante dans les régions.

Tableau 8 : Situation des régions par rapport au taux de fréquentation, au niveau d'infrastructure sanitaire publique et à la population

Région	Fréquentation	Infrastructure	Population
Boucle du Mouhoun	+	-	-
Cascades	-	-	-
Centre	+	+	+
Centre Est	-	-	-
Centre Nord	-	-	-
Centre Ouest	-	-	-
Centre Sud	-	-	-
Est	-	-	-
Hauts Bassins	+	+	+
Nord	-	-	-
Plateau Central	-	-	-
Sahel	+	-	-
Sud Ouest	+	-	+

Graphique n°10 : Situation socio-sanitaire selon la région

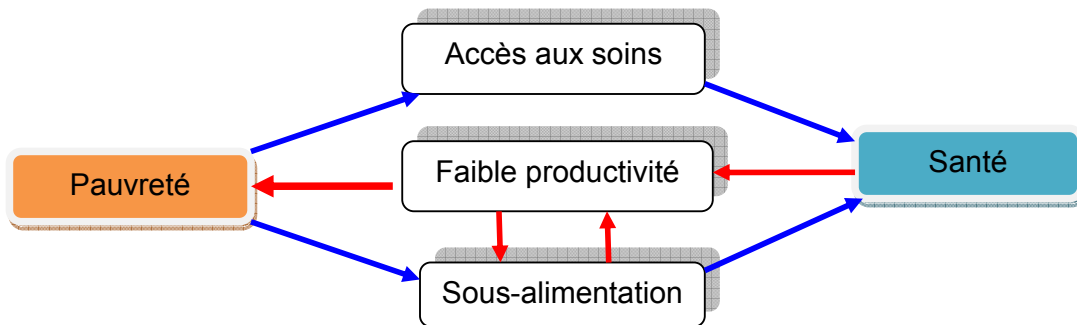


Encadré n°1 : Dépenses de santé et pauvreté

les économistes s'accordent à dire que la santé constitue un des principaux, sinon le principal facteur de production. De ce fait, elle détermine la production de l'individu en agissant comme un input dans le processus de production.

La maladie se caractérise toujours par un manque à gagner au niveau de la production. Cependant, le manque à gagner dépend fortement de la période à laquelle la maladie survient et de l'individu qui en souffre. Ainsi, une maladie qui survient en saison pluvieuse se traduit par une perte importante de la production agricole en fonction du temps que le malade passe au lit et du temps d'assistance. Le nombre de personnes commises à l'assistance des malades joue sur le temps total perdu pour cause de maladies. Le coût économique engendré par l'état de maladie devient alors très important.

Il existe une corrélation entre santé et pauvreté. Les ménages au Burkina Faso semblent être pauvres parce qu'ils sont en mauvais état de santé. Mais aussi, ils sont en mauvais état de santé parce qu'ils sont pauvres. Il y a un cercle vicieux comme le montre le schéma ci-dessous.



Au Burkina Faso, l'accès aux services de santé est fortement dépendant du niveau de richesse des ménages. Comme nous le verrons dans les fonctions de santé, la plus grande partie des dépenses des ménages sont dirigés vers le médicament et les services sanitaires connexes. Dans ce contexte, **l'état de santé de la population** caractérisé par une charge importante de la morbidité et de la *mortalité*, **l'importance de son taux de croissance** (3.1) et la quasi inexistence **d'un système de protection sociale** constituent des facteurs aggravant de l'accroissement **des dépenses de santé** des ménages d'une part ; et d'autre part de leur **l'appauvrissement** résultant des pertes économiques dues à la maladie.

7. Dispositifs mises en place pour réduire les dépenses de santé des ménages

Inverser la tendance des dépenses de santé des ménages n'est pas toujours une chose facile à réaliser dans les pays en voie de développement.

Pour ce qui est de l'accompagnement des ménages dans la réduction des dépenses de santé, le gouvernement du Burkina Faso et ses partenaires réalisent chaque

année d'énormes efforts. Ainsi, à travers le PNDS, le gouvernement du Burkina Faso a mis en œuvre des politiques de gratuité.

7.1 Assurance maladie

La prévoyance en matière de maladie a travers un système de protection sociale a un faible niveau de pénétration dans la population générale. Lorsque les mécanismes existent, ils sont dirigés vers le secteur formel privé et quelques structures étatiques. Ce sont les cas de la CNSS et de la CARFO au Burkina Faso. Cependant ces structures ne comportent pas de branche assurance maladie et couvre à peine dix pour cent de la population. A ces institutions on peut ajouter les assurances privées à but lucratif qui occupent une place très marginale.

Les mécanismes d'assurances peuvent être définis comme la mise en commun de ressources financières permettant notamment de mutualiser les risques, et d'avoir les capacités d'influencer l'offre et de réaliser des économies d'échelles dans l'achat des soins.

Dans le cadre générale de la réforme du financement de la santé un système d'assurance maladie obligatoire à vocation universelle sous la responsabilité du Ministère du travail de l'emploi et de la sécurité sociale est envisagé. Un Secrétariat permanent est mis en place pour la réflexion et l'élaboration.

Devant l'absence de mécanisme d'assurance adapté à toute la population ; des initiatives ont été développées sous forme de structures mutualiste sous différents types : Mutuelle de santé, Micro assurance santé .Ce sont des associations facultatives de personnes (à adhésion libre) à but non lucratif dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de cotisation de ses membres essentiellement et sur la base de leurs décisions elles mènent en leur faveur et en faveur de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans les domaines de risques sociaux surtout les risques santé.

Ces mécanismes ont connu un grand développement en nombre mais leur taux de pénétration dans la population est très bas. De 86 en 2003 elles sont passées à 146 en 2006

Des structures de soutien leur apportent de l'aide ; on peut citer le STEP/ BIT, le RAMS et L'ASMADE parmi les plus importantes.

Le Ministère de la santé a dans son programme l'appui des mutuelles de santé ; c'est un des objectifs intermédiaires du PNDS (un bureau existe à la DEP s'occupant de la promotion des mutuelles).

7.2 La subvention des accouchements et des SONU

Le but de cette stratégie est de réduire la mortalité maternelle et néonatale par l'amélioration de l'accessibilité financière des bénéficiaires aux services de santé. Pour cela, du début de la mise en œuvre en 2006 à fin décembre 2008, l'Etat Burkinabé a dépensé quatre milliards cent soixante deux millions deux cent vingt un mille quatre vingt quatre francs (4 162 221 084 frs) au compte de la subvention.

Le tableau suivant fait la situation de l'évolution du nombre des prestations et leurs coûts pour les années 2007 et 2008.

Tableau 9 : Situation de la mise en œuvre de la subvention des accouchements et des SONU au Burkina Faso

PRESTATIONS	ANNEES	
	2007	2008
Accouchements eutociques	249 413	396 480
Accouchements dystociques	24 100	30 363
Eclampsies et pré éclampsies	205	547
Soins aux nouveaux nés	423	687
Césariennes	8 634	9 100
Laparotomie pour GEU	718	653
Laparotomie pour RU	263	209
AMIU	1266	2 658
Autres types de prestations	948	3 221
Episiotomie	795	0

Source : Rapport de mise en œuvre des SONU

L'ensemble de ces prestations ont coûté 1,721 milliards de FCFA en 2007 et 2,095 milliards en 2008.

La mise en œuvre de la stratégie de subvention des accouchements et des SONU a permis l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est passé de 48,7% en 2006 à 65,19% en 2008³. En outre le taux de mortalité maternelle est passé de 484⁴ pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 307,3⁵ pour 100 000 naissances vivantes en 2008 soit une baisse de 177 points. Ces actions doivent se renforcer si le Burkina Faso veut être au rendez vous de l'objectif 5 des OMD à l'horizon 2015 à savoir réduire la mortalité maternelle de trois quart.

7.3 L'état de la mise en œuvre de la gratuité des soins préventifs

Par la circulaire 2002/0277/ MS/DAF du 5 février 2002, le Ministère de la Santé rendait gratuits les soins préventifs sur l'étendu du territoire dans les formations sanitaires publiques.

Cette mesure de gratuité concerne essentiellement les prestations suivantes : la vaccination des enfants et des femmes enceintes, la consultation prénatale, la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

³ Annuaire statistique 2008 page 2

⁴ *Source* EDS 98/99

⁵ *Source* : RGPH 2006

En ce qui concerne la vaccination, le financement est supporté par le budget de l'Etat et ses partenaires techniques et financiers. Le tableau ci-dessous présente l'évolution du financement par an et par source.

Tableau 10 : Evolution des financements de la vaccination par source de 2005 à 2008 en \$USD

	2005	2006	2007	2008
Partenaires	16 525 500	15 354 128	26 033 275	11 669 976
Etat	1 746 910	2 578 126	6 014 333	3 432 405
TOTAL	18 272 416	17 932 254	32 047 608	15 102 380

Source : DAF du Ministère de la santé

Les couvertures vaccinales ont évoluées comme suit depuis la mise en œuvre de la deuxième tranche du PNDS. Le tableau N°9 présente l'évolution des indicateurs de vaccination de 2006 à 2008.

Tableau 11 : Evolution des couvertures vaccinales en % de 2006 à 2008

Années	BCG	DTC polio 3	Rougeole	Fièvre jaune
2006	103,0	75,8	88,1	88,1
2007	107,5	102,3	93,8	93,6
2008	112,4	108,2	100,7	100,7

Source : Annuaires statistiques la santé 2006 à 2008

En plus de la vaccination, la prise en charge du paludisme grave, les moustiquaires imprégnées aux insecticides de longue durée d'action sont cédés gratuitement aux enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes.

Ces mesures visent la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans qui s'inscrit dans le cadre de l'objectif 4 des OMD dont la cible est de réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Pour ce qui est de la situation de la prise en charge des groupes vulnérables, l'Etat a dépensé :

- dans le cadre de la gratuité des soins préventifs, 465 493 351 FCFA en 2006 et 498 331 713 FCFA en 2008 ;
- pour la prise en charge des personnes vulnérables (cas sociaux), environ 81 692 315 CFA en 2008.

Pour la consultation prénatale, la mesure concerne la gratuité de l'acte, les supports, l'administration de la sulfadoxine-pérymétamine.

Les couvertures en CPN2⁶ sont passées de 69,87% en 2006 à 75,25% en 2008.

La prise en charge de certaines maladies chroniques comme la tuberculose et la lèpre est gratuite de même qu'il existe une subvention pour le traitement aux ARV.

⁶ Annuaire statistique 2008 page 2

7.4 Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des mesures de gratuité

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des mesures de subventions et de gratuité sont entre autres :

- les retards dans le remboursement des ressources financières ;
- les ruptures fréquentes de certains intrants ;
- le non remboursement du carburant d'évacuation des CMA vers le CHU/CHR ;
- l'insuffisance de l'information sur les mesures de gratuité.

8. Indicateurs à produire lors de l'élaboration des comptes nationaux de la santé

A l'atelier régional d'élaboration d'un cadre harmonisé des comptes nationaux de la santé dans les Etats membres de la CEDEAO et la Mauritanie à Bamako, au Mali du 26 au 29 mai 2008, il a été décidé de produire deux types d'indicateurs :

- **Des indicateurs de base**, afin de permettre la comparaison des efforts faits dans les Etats pour l'amélioration de la performance du système de santé.

Il s'agit des :

1. dépenses de santé par habitant ;
2. dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB ;
3. dépenses publiques de santé en % des dépenses nationales de santé ;
4. dépenses de santé des ménages en % des dépenses nationales de santé ;
5. dépenses de santé des ménages par paiement direct en % des dépenses de santé des ménages ;
6. dépenses de soins préventifs en % des dépenses nationales de santé ;
7. dépenses de soins curatifs en % des dépenses nationales de santé ;
8. dépenses de médicaments en % des dépenses nationales de santé ;
9. dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses nationales de santé.

- **Des indicateurs optionnels**, afin de permettre aux pays membres de faire des analyses plus spécifiques du financement des systèmes de santé.

Il s'agit des :

1. dépenses de santé de l'Etat en % des dépenses nationales de santé ;
2. dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses nationales de santé ;
3. ratio formation de capital sur dépense totale de santé ;
4. ratio salaires payés par l'Etat sur dépenses de santé hors salaires de l'Etat ;
5. ratio des soins curatifs sur les soins préventifs ;
6. dépenses de santé de l'Etat en % des dépenses nationales de santé ;
7. dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres en % des dépenses totales des collectivités territoriales ;
8. dépenses de santé des collectivités territoriales en % des dépenses nationales de santé ;
9. dépenses de santé par zone de pauvreté.

8.1 Indicateurs de base

Tableau 12 : Evolution du niveau des indicateurs de base de 2003 à 2008

INTITULE	INDICATEURS					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1. Population ⁷	12 419 677	12 722 570	12 880 980	14 017 262	14 252 012	14 731 167
2. Dépenses nationales de santé (milliard FCFA)	136, 270	164, 076	202, 068	206, 591	219,996	254,24
3. Dépenses des ménages (milliard FCFA)	67, 824	73, 753	75,615	80,62	84,244	97,504
4. Dépenses publiques en santé (milliard FCFA)	34, 812	44, 208	48, 315	64, 395	68,668	79,56
5. Dépenses publiques de santé en % des dépenses nationales de santé	25,50%	26,90%	23,90%	31,17%	31,21%	31,29%
6. Dépenses de santé par habitant (F CFA)	10 972	12 896	15 687	14 738	15 436	17 259
7. Dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB ⁸	5,50%	6,10%	6,80%	6,47%	6,77%	6,89%
8. Dépenses de santé des ménages en % des dépenses nationales de santé	49,80%	45,00%	37,40%	39,02%	38,29%	38,35%
9. Dépenses de soins préventifs en % des dépenses nationales de santé	ND	ND	10,23%	25,80%	20,09%	21,44%
10. Dépenses de soins curatifs en % des dépenses nationales de santé	ND	ND	10,42%	21,25%	26,30%	22,98%
11. Dépenses de médicaments en % des dépenses nationales de santé	ND	ND	46,26%	32,04%	29,47%	29,05%

Source : CNS 2003 et 2008

⁷ RGPH 2006 INSD

⁸ Le PIB est tiré des données de l'instrument automatisé de prévision (IAP), DGEP

8.2 Indicateurs optionnels

Tableau 13 : Evolution du niveau des indicateurs optionnels de 2003 à 2008

INTITULE	INDICATEURS					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1. Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	20,50%	26,80%	35,00%	29,33%	29,32%	29,12%
2. Dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres en % des dépenses totales de santé	0,10%	ND	0,12%	0,20%	0,03%	0,03%
3. Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat	7,20%	7,40%	7,70%	7,80%	7,42%	9,91%
4. Ratio des salaires payés par l'Etat sur les dépenses de santé de l'Etat	26,70%	35,30%	31,40%	21,40%	36,72%	35,84%
5. Ratio assurance maladie sur des dépenses nationales de santé	ND	ND	1,06%	1,00%	1,09%	1,39%
6. Ratio assurance maladie sur dépense de santé des ménages	ND	ND	2,82%	2,30%	2,85%	3,61%

Source : CNS 2003 et 2008

9. Analyse des dépenses publiques de santé

9.1 Evolution du financement du budget alloué au Ministère de la santé

Tableau 14 : Dotations et dépenses du budget du Ministère de la santé

INTITULE	2007 (1 000 000)			2008 (1 000 000)		
	Dotation	Eng	Taux d'eng.	Dotation	Eng	Taux d'eng.
Dépenses de personnel	18 165	19 881	116,49	22 028	21 248	102,98
Dépenses de fonctionnement	12 204	8 427	90,52	14 336	9 259	91,19
Transferts courant	17 159	17 564	99,66	18 855	18 674	99,04
Dépenses d'investissement	13 033	11 060	94,89	10 459	8 766	84,63
Etat seul	13 033	11 060	94,89	10 459	8 766	84,63
TOTAL Budget du MS	60 561	56 933	106,37	88 449	57 949	113,33

Source : DAF du Ministère de la santé

Le budget alloué au Ministère de la santé est passé de 80,466 milliards francs CFA en 2007 à 88,549 milliards F CFA en 2008 correspondant à une hausse de 7,983 milliards de F CFA, soit une hausse de 9% par rapport à 2007.

L'exécution du budget du Ministère de la santé au titre de l'année 2008 s'élèvent à 57,949 milliards de FCFA tout titre confondu, ce qui présente un taux d'exécution globale de 69,92% contre 75,35% en 2007.

Par titre, la situation d'exécution se présente comme suit :

Les paiements de salaires au profit du Ministère de la santé ont atteint le montant de 21,248 milliards de FCFA, soit un taux d'exécution de 102,98 % en 2008 contre 116,49 % en 2007.

Les dépenses de fonctionnement se sont établies à 9,259 milliards de FCFA soit un taux d'exécution de 91,19 % en 2008 contre 90,52% en 2007.

Les dépenses de transfert courant s'élèvent à 18,674 milliards FCFA soit un taux d'exécution de 99,04 % en 2008 contre 99,66% en 2007.

9.2 Budget alloué au secteur de la santé

Du 24 au 27 avril 2007, lors du sommet des chefs d'Etat à Abuja au Nigeria, les chefs d'Etat ont pris l'engagement de consacrer au moins 15 % des budgets annuels à l'amélioration du secteur de la santé. Ils se sont également engagés à mobiliser toutes les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour fournir des soins, un appui et un traitement de qualité aux populations atteintes du VIH/sida, de la tuberculose et des autres maladies connexes.

Le Burkina a atteint cet objectif en 2008 (Cf. tableau n°14). La part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé est passée de 12,13% en 2007 à 15,21% en 2008. Il s'agit ici des dotations budgétaires consacrées au secteur de la santé au sens large contrairement aux comptes nationaux de la santé qui comptabilisent les dépenses de santé.

Tableau 15 : Part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé en milliers

	Année 2007	Année 2008
TOTAL Budget du MS	80 466 213	88 449 720
Total Budget santé des autres Ministères et institutions	12 708 940	28 222 903
BUDGET SANTE (MS+ Budget santé des autres Min et Institutions)	93 175 153	116 672 623
DCIM ⁹	157 254 528	216 968 342
BUDGET DE L'ETAT	925 135 151	984 171 356
BUDGET DE L'ETAT Sans DCIM	767 880 623	767 203 014
Budget MS/Budget de l'Etat sans DCIM	10,48%	11,53%
BUDGET SANTE/BUDGET DE L'ETAT sans DCIM	12,13%	15,21%

Source : loi des finances 2007 et 2008

⁹ Dépenses communes interministérielles

IV. RESULTAT DU SOUS COMPTE PALUDISME 2007 ET 2008

1. Aperçu sur la situation du paludisme au Burkina Faso

Au Burkina Faso, le paludisme est endémique et demeure un problème majeur de santé publique et ce, malgré la mise en œuvre de mesures préventives et curatives. Il constitue la première cause de consultations, d'hospitalisations et de décès dans les formations sanitaires.

Les statistiques recueillies auprès de la direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS) indiquent qu'en 2007 et 2008 le paludisme était responsable dans les formations sanitaires respectivement de :

- 40,5% et 43,8% des motifs de consultations ;
- 43,1% et 60,6% des motifs d'hospitalisations ;
- 35,9% et 40,4% des décès.

Les enfants de moins de cinq (05) ans restent les plus touchés. Dans cette tranche, le paludisme représentait en 2007 et 2008 respectivement :

- 48,39% et 52% des motifs de consultations ;
- 54,07% et 77,8% des hospitalisations ;
- 76,48% et 65% des décès.

Pour atteindre cet objectif, un programme national de lutte contre le paludisme a été mis en place en 1991. Ce programme développe à travers un plan stratégique des stratégies de lutte issues des directives nationales de lutte antipaludique et s'inspirant fortement des stratégies mondiales de lutte contre le paludisme. Il s'agit de :

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

Ces stratégies s'appuient sur des stratégies de soutien que sont: (i) la communication ; (ii) la recherche opérationnelle ;(iii) la coordination et le partenariat ;(iv) le suivi et l'évaluation.

Le financement des activités de lutte contre la maladie en général et contre le paludisme en particulier est assuré grâce à l'Etat, au reste du monde (ressources extérieures), aux ONG/associations et surtout aux contributions des ménages.

La lutte contre le paludisme au Burkina Faso a été marquée par les principales actions suivantes :

- l'élaboration de la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- l'élaboration d'un plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme;

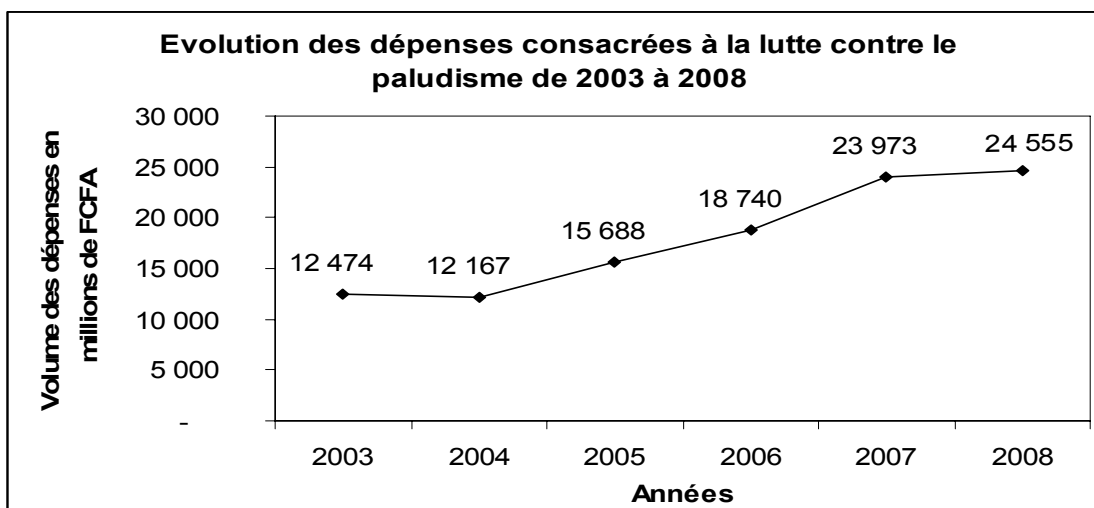
- le changement de la politique nationale de traitement contre le paludisme en 2005 avec l'introduction des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine ;
- la mise à disposition gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue d'action aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique à travers l'équipement des formations sanitaires en moyens de communication, la formation des agents de santé à la surveillance épidémiologique active et passive des maladies d'intérêt en santé publique, la formation et l'implication des agents des services à base communautaire à la surveillance épidémiologique;
- l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme par le renforcement de la compétence des agents de santé, l'élaboration et l'utilisation de directives et de protocoles de traitement, la plus grande disponibilité des médicaments et des consommables nécessaires à la prise en charge.
- l'amélioration de la coordination de la lutte contre le paludisme par la mise en place d'un comité national de pilotage de la lutte contre le paludisme.

En dépit de ces importantes actions menées ces dernières années, l'analyse globale de la situation actuelle montre que les résultats de la lutte contre le paludisme restent encore en deçà des attentes au regard de son poids sur la morbidité et la mortalité générales notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Ceci pourrait s'expliquer par :

- la faiblesse du système national de santé (capacité d'accueil des structures, plateau technique, système de référence/recours) ;
- la faible implication de la communauté ;
- l'insuffisance des financements mobilisés ;
- le retard dans la disponibilité des intrants à tous les niveaux ;
- la mise en œuvre insuffisante de certaines interventions et stratégies de lutte contre le paludisme notamment au niveau communautaire (non disponibilité des ACT 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.

2. Volume de financement des dépenses du paludisme

Graphique n°11 : Evolution des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme.



Sources : CNS

Le volume des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme est estimé à 23.973 millions en 2007 et à 24.555 millions en 2008. Le graphique ci-dessus indique l'évolution de ces dépenses depuis 2003. Elles s'élevaient à 12.474 millions en 2003, 12.167 millions en 2004, 15.688 millions en 2005 et 18.740 millions en 2006 ; Entre 2006 et 2008 le financement de la lutte contre le paludisme a connu un accroissement significatif avec un taux de 31,02%.

3. Sources de financement des dépenses du paludisme

Tableau 16 : Volume des dépenses annuelles par source de financement du paludisme en 2006, 2007 et 2008

Année	Volume des dépenses x 1000						
	Secteur privé		Secteur public		Reste du Monde		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
2006	14 217 601	75,87	2 207 695	11,78	2 315 097	12,35	18 740 393
2007	15 239 003	63,57	6 011 904	25,08	2 722 472	11,36	23 973 379
2008	15 433 810	62,85	6 313 524	25,71	2 808 199	11,44	24 555 533

Le tableau ci-dessus montre que c'est le secteur privé notamment les ménages, qui financent en grande partie les dépenses de lutte contre le paludisme avec respectivement 75,87% en 2006, 63,57% en 2007 et 62,85% en 2008 du volume du financement. Il est suivi par le secteur public puis par le reste du monde. On note qu'après 2006, le volume de financement du secteur public s'est accru passant de 11,78% du financement à plus de 25% en 2007 et 2008.

4. Agents de financement des dépenses du paludisme

Tableau 17 : Répartition des financements consacrés au paludisme selon les agents de financement de 2007 et 2008

Année	Volume des dépenses x 1000						
	Secteur privé		Secteur public		Reste du Monde		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
2007	15 239 003	63,57	6 011 904	25,08	2 722 472	11,36	23 973 379
2008	15 433 810	62,85	6 313 524	25,71	2 808 199	11,44	24 555 533

2006	14 335 607	76,50	2 459 695	13,13	1 945 091	10,38	18 740 393
2007	15 239 003	63,57	7 708 713	32,16	1 025 663	4,28	23 973 379
2008	15 434 094	62,85	8 365 804	34,07	755 635	3,08	24 555 533

Le tableau ci-dessus montre qu'en 2007 et 2008, le financement consacré au paludisme a été distribué entre principalement trois classes d'agents. Le secteur privé vient en tête avec respectivement 63,57% en 2007 et 62,85% en 2008 suivi du secteur public avec 32,16% en 2007 et 34,07% en 2008 puis du reste du monde avec 4,28% et 3,08%. Il faut noter qu'en 2006 ces trois classes d'agents étaient également enregistrés avec respectivement 76,50% pour le secteur privé, 13,13% pour le secteur public et enfin 10,38% pour le reste du monde.

5. Prestataires de services

Tableau 18 : Les prestataires de services et leur financement en 2007 et 2008

Volume des dépenses X 1000													
Année	Détailants et autres distributeurs de biens médicaux		Administration générale de la santé et de l'assurance maladie		Institutions fournissant des services sanitaires connexes		Hôpitaux		Prestataires de soins ambulatoires		Autres prestataires de services de santé		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
2007	15 221 590	63,49	242 863	1,01	712 897	2,97	6 871 904	28,66	919 908	3,84	4 216	0,02	23 973 379
2008	15 433 810	62,85	94 949	0,39	797 295	3,25	8 209 579	33,43	19 616	0,08	284	0,00	24 555 533

Où vont les fonds mobilisés par les agents de financement ?

Lorsqu'on examine la répartition des ressources entre les prestataires de services de santé en 2007 et en 2008, on note que les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux viennent en tête avec une part respectivement de 63,49% en 2007 et 62,85% en 2008. Ils sont suivis par les hôpitaux avec 28,66% en 2007 et 33,43% en 2008 et par les prestataires de soins ambulatoires avec 3,84% et 0,08%

respectivement en 2007 et en 2008. Les institutions fournissant des services sanitaires connexes ont dépensé 2,97% du financement en 2007 et 3,25% en 2008. L'administration générale de la santé et de l'assurance maladie et les autres prestataires de services de santé viennent en dernière position avec respectivement 1,01% en 2007, 0,39% en 2008 et 0,02% en 2007 et 0% en 2008.

6. Classification des dépenses du paludisme par fonctions et par prestataires

Tableau 19 : Répartition des dépenses du paludisme par fonctions

Fonctions		Années		2007		2008	
		Montant X1000	%	Montant X1000	%		
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	moustiquaires imprégnées	330 428	1,38	1 969 335	8,02		
	Produits pharma & autres biens médicaux non durable	15 221 940	63,50	15 433 810	62,85		
Fonctions sanitaires connexes	Recherche et développement dans le domaine de la santé	712 897	2,97	797 295	3,25		
Administration de la santé et Assurance Maladie	Administration générale de santé publique sauf sécurité sociale	156 990	0,65	94 949	0,39		
Service de prévention et de santé publique	Prévention des maladies transmissibles	97 361	0,41	2 079 181	8,47		
Services de soins curatifs	Soins curatifs ambulatoires	2 072 491	8,64				
	Soins curatifs en milieu hospitalier	5 381 272	22,45	4 180 963	17,03		
TOTAL		23 973 379	100	24 555 533	100		

Le tableau ci-dessus sur la répartition des dépenses selon les fonctions, montre qu'en 2007 et 2008, les dépenses des prestataires se sont dirigées essentiellement vers les produits pharmaceutiques et les autres biens médicaux non durables avec respectivement 63,50% et 62,85%. En 2006, cette même fonction venait en premier et représentait 83,92% des dépenses des prestataires.

Les dépenses liées à l'acquisition de moustiquaires traitées aux insecticides se sont accrues de 2007 à 2008, passant de 1,38% en 2007 à 8,02% en 2008. Cette fonction a connu une évolution progressive en valeur relative entre 2003 et 2005, passant de 1,07% en 2003 à 1,63% en 2004 puis à 10,97% en 2005.

Les soins curatifs en milieu hospitalier viennent au second rang des dépenses effectuées par les prestataires avec 22,45% en 2007 et 17,03% en 2008. La prévention des maladies transmissibles a connu une évolution significative en termes de dépenses des prestataires passant de 0,41% en 2007 à 8,47% en 2008.

V. RESULTATS DU SOUS COMPTE TUBERCULOSE 2007 et 2008

1 Aperçu sur la situation de la tuberculose au Burkina Faso

Maladie contagieuse de caractère endémo-épidémique à transmission essentiellement interhumaine, la tuberculose est causée dans l'immense majorité des cas par *Mycobacterium tuberculosis*, dit Bacille de Koch ou BK.

Depuis 1993, elle a été déclarée par l'OMS comme étant une urgence sanitaire mondiale. Au Burkina Faso, elle est placée au rang des problèmes prioritaires en 1995 et un Programme nationale tuberculose (PNT) a été élaboré et s'est doté d'un guide technique de prise en charge de la tuberculose qui a été régulièrement révisé en 2000, 2002, 2005 et 2008.

Selon l'OMS (Rapport global TB 2007), l'incidence estimée est de 99 cas de tuberculose à microscopie positive (TPM+) et de 223 cas de tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants; ce qui, rapporté à la population du Burkina Faso en 2006 (14 017 256 habitants) représente respectivement 13 877 cas de TPM+ et 31 259 cas de tuberculose toutes formes confondues.

EN 2007, 3 682 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues dont 2 604 cas de TPM+ ont été diagnostiqués. La tranche d'âge comprise entre 15-49 ans est la plus touchée.

Les stratégies retenues pour la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la tuberculose sont :

- la détection des cas ;
- le Traitement Directement Observé (TDO ou DOT) ;
- la recherche active des absents au traitement et des perdus de vue ;
- la décentralisation de la collecte des crachats ;
- et de la prise en charge des malades.

1.1. La détection des cas

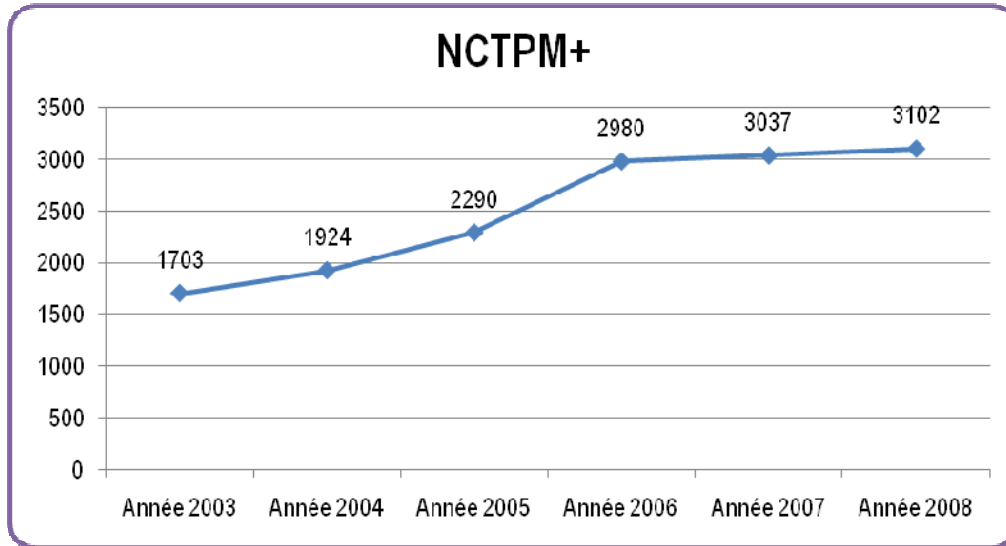
1.1.1. Stratégie

Le dépistage est passif et basé sur l'examen microscopique des frottis d'expectoration pour tous les malades symptomatiques, notamment tout tousseur de plus de deux semaines, qui se présente spontanément aux services de santé.

1.1.2. Evolution du nombre de cas de tuberculose dépistés de 2006 à 2008

Le nombre de cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) a évolué, passant de 2 660 cas en 2006, à 2 604 en 2007 et 2 737 en 2008.

Graphique n°12 : Evolution du nombre de cas de TPM+



Le nombre de nouveaux cas de TPM+ dépistés en 2008 est 3 037, ce qui correspond à un taux d'incidence de 18,4 cas pour 100 000 habitants. L'augmentation du nombre de nouveaux cas est régulière mais pas encore aux normes de l'OMS. Ainsi, la formation des agents sur le terrain et la sensibilisation doivent se poursuivre.

1.2 Le traitement (TDO)

1.2.1 Stratégie

Le traitement de la tuberculose est standardisé sur l'ensemble du territoire et dure 8 mois. Il comporte une phase initiale de 2 à 3 mois supervisée par un agent de santé de préférence. A partir de janvier 2008, le régime est de 6 mois pour les nouveaux cas.

1.2.2 Situation actuelle/principaux résultats enregistrés

L'application du traitement directement observé (TDO) par le PNT depuis 1995 a permis d'obtenir des taux de succès au traitement de 71,5% en 2005, 72,8% en 2006, et 72,2% en 2007.

Ces résultats traduisent une stagnation sinon un recul. A ces taux de résultats relativement moyens s'accompagne une augmentation du taux des décès : 12,5% en 2006 et 14,4% en 2007. Des efforts de compréhension doivent être faits à ce niveau et la partie du financement consacrée à la recherche peut aider à initier une étude

1.3 La Recherche active des absents au traitement et des perdus de vue

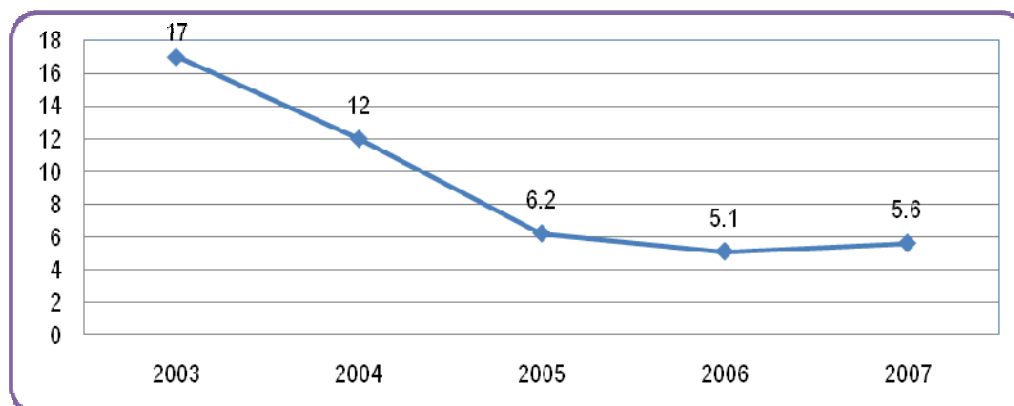
Brève présentation de la stratégie

Elle consiste à apporter un appui en logistique et en ressources financières aux structures sanitaires (CDT, CSPS) pour la recherche des malades ayant interrompu leur traitement. La recherche des absents au traitement et des perdus de vue est faite par les agents de santé avec l'implication des organisations à base communautaire et les associations des malades.

Situation actuelle/principaux résultats enregistrés jusqu'en 2008

On note une nette diminution des malades perdus de vue depuis 2003. En effet, les parts des malades perdus de vue ont respectivement été de :

Graphique n°13 : Evolution des malades perdus de vue pour la tuberculose



Il faut signaler que la norme OMS est de 5%.

La recherche de perdus de vue est fluctuante mais reste au dessus des normes de l'OMS. Un effort est à faire avec l'aide de la stratégie du PBC

1.4. La Décentralisation de la collecte des crachats et de la prise en charge des malades

Brève présentation de la stratégie

La stratégie de décentralisation a pour but de rapprocher au mieux les services de dépistage et de traitement des malades. Elle est mise en œuvre dans les CSPS, les services de santé de l'Office de santé des travailleurs (OST) et dans les infirmeries des prisons. Elle consiste rendre disponible des moyens techniques, matériels et humains pour assurer la prise en charge des cas suspect de tuberculose, le prélèvement correcte des crachats, leur acheminement dans des conditions idéales au laboratoire pour la bacilloscopie.

Situation actuelle/principaux résultats enregistrés jusqu'en 2007 ;

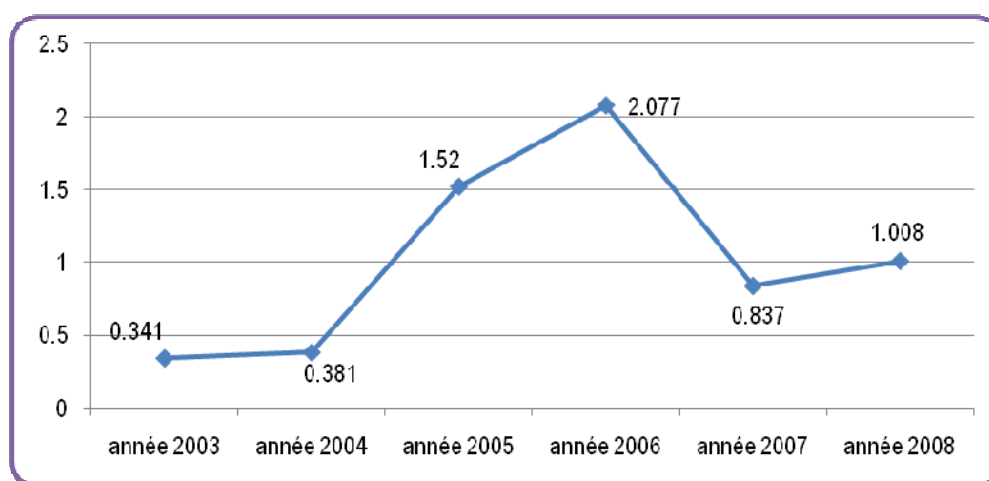
En 2007, il y a au total 379 sites dont 87 nouveaux qui assurent la collecte et le transport des crachats des malades suspects de tuberculose vers les CDT et le traitement décentralisé des malades.

2. Volume de financement des dépenses de la tuberculose de 2003 à 2008

Les financements de la tuberculose ont connu une évolution croissante de 2003 à 2006, avec l'intervention de nouveaux partenaires financiers tels que le Fonds Mondial. De 2003 à 2006, le volume des financements de la tuberculose a été respectivement de 0,341 milliard de FCFA, 0,381 milliard de FCFA, 1,520 milliard de FCFA et 2,077 milliard de FCFA.

En 2007, ils étaient de 838 millions et de 1,008 milliards en 2008. Depuis 2005 le volume total de financement atteint régulièrement le milliard de francs CFA. Le financement de la tuberculose a connu son pic en 2006 avec l'intervention du Fonds Mondial.

Graphique n°14 : Financement de la tuberculose de 2003 à 2008 en milliard FCFA



3. Sources de financement des dépenses de la tuberculose

Deux principales sources contribuent au financement de la tuberculose entre 2006 et 2008. Il s'agit principalement du reste du monde et de l'Etat, et dans une moindre mesure les ménages.

La part du financement de l'Etat dans le financement de la tuberculose est relativement faible et reste inférieure à 20% du montant global de 2006 à 2008. Cependant, en valeur monétaire, cette contribution est en baisse sur la même période. Toutefois, il convient de noter que les financements de l'Etat ne prennent pas en compte les salaires du personnel impliqué dans la lutte contre la tuberculose.

Le reste du monde constitue la principale source de financement de la lutte contre la tuberculose, et plus singulièrement, le Fonds mondial. En effet, la part relative des financements du reste du monde par rapport au financement total s'élevait à : 91,1% en 2006, 81,8% en 2007 et 88% en 2008.

L'intervention du Fonds mondial dans la lutte contre la tuberculose a commencé en 2005. Et dès ce moment, elle a été la principale source de financement avec plus de 3,4 milliards de FCFA injectés entre 2006 et 2008. Le Burkina Faso est aussi

tributaire de cette source de financement en matière de lutte contre la tuberculose tout comme pour le paludisme et le VIH/SIDA.

La contribution des ménages au financement de la tuberculose est faible voire inexistante de 2003 à 2008. Ce qui est normal suivant la politique nationale, les soins pour la tuberculose sont gratuits pour les malades. Cependant, compte tenu de certaines pratiques constatées sur le terrain, il arrive que certains ménages contribuent aux dépenses de santé de la tuberculose, par le fait des agents de santé et de l'ignorance de ceux-ci de la gratuité. Ce qui nécessite de la communication à l'endroit des malades.

Tableau 20 : Volume des dépenses annuelles par source de financement de 2006 à 2008

Volume des dépenses x 1000							
Année	Secteur privé		Secteur public		Reste du monde		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
2006	19 596	0,9	165 500	8,0	1 891 657	91,1	2 076 753
2007	1 125	1,3	141 068	16,8	685 367	81,8	837 681
2008			120 838	12	887 257	88	1 008 095

4. Agents de financement

Au cours des années 2007 et 2008, les principaux agents de financement dans la lutte contre la tuberculose sont logés dans la classe du secteur public à travers le ministère de la santé et la Présidence du Faso et dans une moindre mesure les structures du secteur privé et ceux du reste du monde. Par contre en 2006, on observe une forte prédominance du reste du monde à travers le Programme des nations unies pour le développement (PNUD).

Au Ministère de la santé, les financements transitent le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT). Pour ce qui est de la Présidence du Faso les fonds sont gérés au niveau du Secrétariat permanent de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles.

Les fonds gérés par le secteur privé sont destinés aux actions de sensibilisations et sont mises en œuvre principalement par le Programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC).

En 2006, 55,2% du financement de la tuberculose ont transité par le reste du monde à travers le PNUD contre 33,4% au niveau de secteur public et 11,2% au niveau du secteur privé. Depuis 2007, les fonds liés à la tuberculose transitent principalement par le secteur public avec 98,7% en 2007 et 99,4% en 2008.

Tableau 21 : Evolution des financements de la tuberculose par agent de financement de 2006 à 2008

Volume des dépenses X 1000							
Année	Secteur privé		Secteur public		Reste du Monde		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant

2006	236 998	11,4	693 774	33,4	1 145 981	55,2	2 076 753
2007	11 245	1,3	825 736	98,7			836 981
2008	5 277	0,5	1 001 703	99,4	1 115	0,1	1 008 095

5. Prestataires de services

On distingue globalement trois types de prestataires :

- les programmes de lutte contre la tuberculose ;
- les prestataires de soins ambulatoires que sont les hôpitaux, les Centres de dépistage de la tuberculose (CDT) et le CNLAT ;
- les autres prestataires de services de santé notamment les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux.

En 2007, 80% des fonds alloués à la lutte contre la tuberculose ont été reçus par le PNT pour les fournitures et la gestion des programmes de santé publique liés à la tuberculose. Seulement 16,6% des fonds ont été consacrés à l'achat de biens et services de santé en faveur des tuberculeux dans les formations sanitaires contre 3,1% pour les autres services notamment l'achat de médicaments. Par contre, en 2008, on observe une augmentation du financement des activités au niveau des hôpitaux. En effet, la part reçue par les hôpitaux est passée de 12,8% en 2007 à 39,4% en 2008 soit un accroissement de 26,6 points.

Tableau 22 : Evolution des financements de la tuberculose par prestataire de 2007 à 2008

Prestataires	Fonds reçus x 1000			
	2007	Proportion	2008	Proportion
Autres prestataires de services de santé	26 282	3,1	43 932	4,4
Fourniture et gestion de programmes de santé publique	672 504	80,3	536 963	53,3
Hôpitaux	107 421	12,8	397 554	39,4
Prestataires de soins ambulatoires	31 473	3,8	29 647	2,9
Total	837 681	100	1 008 095	100

6. Classification par fonction des dépenses de la tuberculose

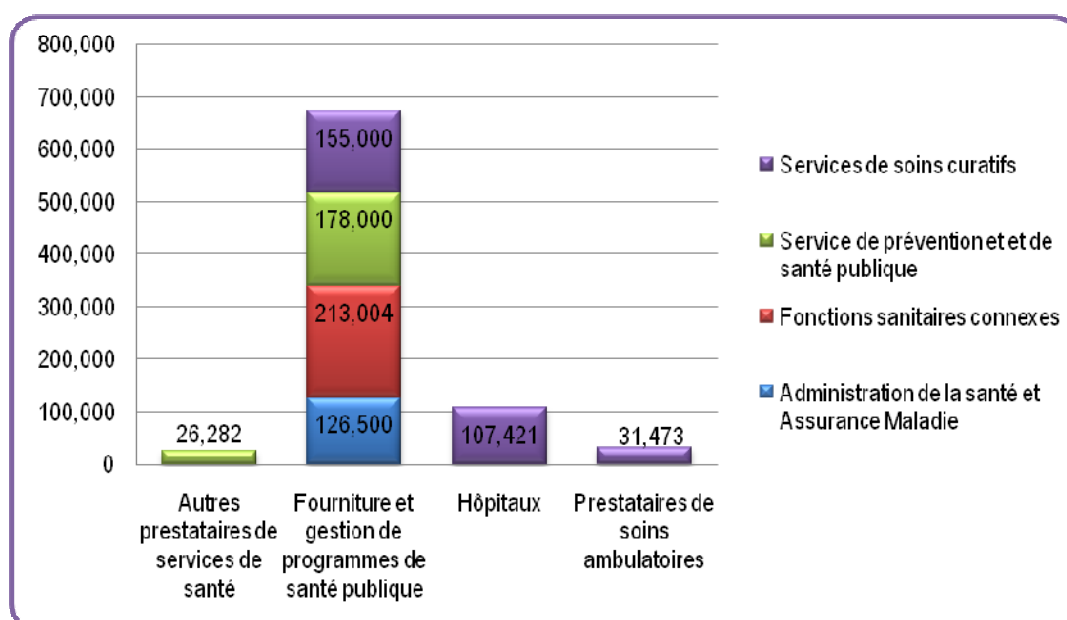
L'analyse des fonctions de soins montre une prédominance des soins curatifs. Ces soins sont essentiellement ambulatoires. Ils sont estimés à 294 millions de FCFA et 327 millions de FCFA respectivement en 2007 et 2008 correspondant à 35 et 32% du montant global. En 2008, on note une part importante du financement lié à l'administration générale de santé (sauf sécurité sociale) à hauteur de 30%. Les fonctions sanitaires connexes occupent une place importante dans les dépenses de tuberculose. Cela est principalement dû à la formation du capital relatif aux investissements et au renforcement de capacité du personnel. Les fonctions sanitaires connexes représentent 25,4% et 22,4% du montant global correspondant à 213 millions de FCFA et 225 millions de FCFA en 2007 et 2008.

En 2007, les soins ambulatoires ont été fournis par les formations sanitaires et le PNT à travers les CDT. La totalité des fonds reçus par les hôpitaux et les prestataires de soins ambulatoires ont été alloués exclusivement aux soins curatifs.

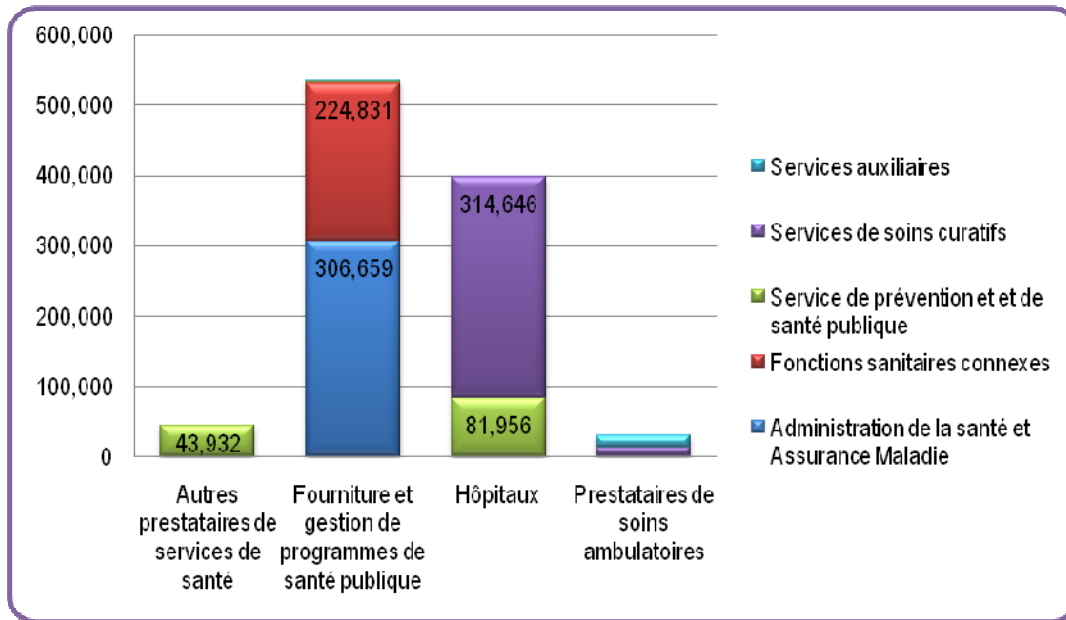
Au cours de la période 2007 à 2008, les activités recensées au niveau des autres prestataires de services de santé (détaillants et autres distributeurs de biens médicaux) ont exclusivement concerné la composante prévention de lutte contre la tuberculose.

Les investissements liés à la tuberculose sont essentiellement exécutés au niveau du programme. Les investissements ont occupé 30% des ressources du programme tuberculose en 2007 et 42% en 2008.

Graphique n°15 : Répartition des financements par fonction de soins et par prestataire en 2007 (x 1000)



Graphique n°16 : Répartition des financements par fonction de soins et par prestataire en 2008 (x 1000)



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le financement du système national de santé, du fait de la coexistence de multiples intervenants, est complexe. Les CNS permettent de décrire la répartition de la dépense nationale de santé, les dépenses de santé par type de prestation, par prestataire et par source de financement afin de mettre à la disposition des acteurs concernés, des bases financières qui leur permettront d'affiner les prises de décision. La DNS est estimée à 220 milliards en 2007 et 254 milliards en 2008 soit un accroissement d'environ 16%. Depuis 2003, elle présente une constante augmentation.

Le budget alloué au Ministère de la santé est passé de 80,466 milliards francs CFA en 2007 à 88,549 milliards F CFA en 2008 soit une hausse de 9%. Cependant, il reste tout de même faible dans un contexte d'une part, de cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, et d'autre part, de faiblesse dans les mécanismes d'assurance maladie qui ne touche qu'une faible partie de la population.

Les dépenses par prestataire montrent une prédominance des hôpitaux, des prestataires de soins ambulatoires, des détaillants et des autres distributeurs de biens médicaux.

Le paiement direct des ménages constitue la principale source de financement du système de santé. Entre 2007 et 2008, la contribution des ménages a connu un accroissement de 15,7%. Dans les dépenses de lutte contre le paludisme, le financement des ménages a été respectivement de 63,6% en 2007 et 63% en 2008. Cette situation n'est point adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont, en général, imprévisibles, et parfois, éprouvantes. Des milliers de familles s'endettent lourdement ou se ruinent afin de pouvoir offrir les soins nécessaires à un ou plusieurs membres souffrant de problèmes de santé. Cette situation s'aggrave particulièrement chez la population vivant en dessous du seuil de pauvreté qui représente 46,4% de la population. Le reste du monde constitue la principale source de financement de la lutte contre la tuberculose avec une part relative par rapport au financement total qui s'élevait, 81,8% en 2007 et 88% en 2008.

De l'analyse des résultats des comptes nationaux de la santé 2007 et 2008, émergent les recommandations suivantes :

❖ **Sur le processus pratique de l'élaboration des CNS**

- ✓ Elaborer un manuel de procédures et de gestion des CNS ;
- ✓ Poursuivre la formation des acteurs de terrain (ordonnateurs et comptables) des structures de santé sur les CNS ;
- ✓ Elaborer une note de politique annexée à l'intention des décideurs politiques ;
- ✓ Réviser les méthodes de collecte des données afin de les adapter aux structures nationales ;
- ✓ Renforcer les ateliers internes de validation des rapports provisoires ;

- ✓ Nécessité de bien gérer les fonds et les intrants remis pour les activités des structures ;
- ✓ Recycler le personnel de la DGISS et sensibiliser tous les acteurs concernés.

ANNEXES

Annexe N°1 Distribution croisée des dépenses de santé entre prestataires et fonctions de santé

Tableau n : 1 Distribution des dépenses de santé entre prestataires et fonctions en 2007

		Prestataires										
		Admini. générale de la santé et de l'assurance maladie	Autres prestataires de services de santé	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	Fourniture & gestion program. de santé publique	Hôpitaux	Institutions fournissant services sanitaires connexes	Prestataire non spécifié par type	Prestataires de soins ambulatoires	Reste du monde	Total général	%
Fonctions	Admini. de la santé et assurance maladie	14 963 878	5 005		1 400 601	101 657	89 222		2 947 449		19 507 813	8,9%
	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	42 144	767	64 930 541	58 175	407 918					65 439 544	29,7%
	Dépenses de santé non spécifiées par catégorie							3 137 405			3 137 405	1,4%
	Fonctions sanitaires connexes	12 263 293	17 999		3 178 060	2 225 179	3 043 789		716 698		21 445 017	9,7%
	Service de prévention et de santé publique	1 924 812	945 831	25	633 052	4 973 682	11 295		35 710 372		44 199 068	20,1%
	Services auxiliaires	6 162	32 563			33 694			8 307 884		8 380 303	3,8%
	Services de réadaptation					18 212			18 637		36 849	0,0%
	Services de soins curatifs	4 342 843	2 415	2 973	204 811	40 362 474	93 840		11 267 231	1 573 528	57 850 114	26,3%
	Total général	33 543 131	1 004 579	64 933 538	5 474 698	48 122 816	3 238 145	3 137 405	58 968 272	1 573 528	219 996 114	100%
%	15,2%	0,5%	29,5%	2,5%	21,9%	1,5%	1,4%	26,8%	0,7%	100%		

Tableau n°2 : Distribution des dépenses de santé entre prestataires et fonctions en 2008

HC-Agr	Admini.gén érale de la santé et de l'assurance maladie	Autres prestair es de services de santé	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	Fourniture et gestion de program. de santé publique	Hôpitaux	Institutions fournissant des services sanitaires connexes	Prestair e non spécifié par type	Prestataires de soins ambulatoires	Reste du monde	Total général	
Administration de la santé et Assurance Maladie	12 508 961			1 323 126	33 110	136 777		3 062 268	26 067	17 090 308	6,72%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	3 400		74 008 850	7 176	1 987 145			134 534		76 141 105	29,95%
Dépenses de santé non spécifiées par catégorie							3 722 816			3 722 816	1,46%
Fonctions sanitaires connexes	9 407 065	13 003		11 511 835	2 473 790	3 583 058		5 931 344		32 920 094	12,95%
Service de prévention et de santé publique	1 202 950	988 662		22 424	8 083 319	16 824		44 184 414		54 498 593	21,44%
Services auxiliaires		44 394		3 349				11 291 127		11 338 870	4,46%
Services de réadaptation				76 000	18 212			3 712		97 925	0,04%
Services de soins curatifs	5 551 244	7 455	16 575	20 686	44 903 851	143 855		6 146 288	1 640 807	58 430 761	22,98%
Total général	28 673 620	1 053 514	74 025 425	12 964 595	57 499 428	3 880 514	3 722 816	70 753 687	1 666 873	254 240 473	
	11,28%	0,41%	29,12%	5,10%	22,62%	1,53%	1,46%	27,83%	0,66%		

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	1
Liste des tableaux	2
Liste des graphiques	2
Liste des figures	3
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS	4
AVANT PROPOS	5
INTRODUCTION.....	8
I. GÉNÉRALITÉS	9
1. Présentation générale du pays.....	9
1.1 Données administratives	9
1.2 Données géographiques	9
1.3 Données démographiques	9
1.4 Données économiques.....	9
1.5 Données socioculturelles.....	10
2. Présentation du système de la santé : organisation du système de santé.....	10
3. les indicateurs	11
3.1 Indicateurs au niveau des formations sanitaires de premier échelon des districts...	11
3.2 Indicateurs au niveau du deuxième échelon de soin.....	12
3.3 Indicateurs au niveau des CHR et CHU	12
II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES	13
1. Définitions.....	13
1.1 Définition et utilité des CNS	13
1.2 Définition opérationnelle des concepts.....	13
1.2.1 La dépense de santé	13
1.2.2 La Dépense totale actuelle pour la santé (DTAS)	14
1.2.3 La Dépense totale pour la santé (DTS)	14
1.2.4 Les soins curatifs en milieu hospitaliers	14
1.2.5 Les soins curatifs ambulatoires	14
1.2.6 la prévention et la santé publique	15
1.2.7 Les Débours directs.....	15
1.2.8 La formation du capital des établissements prestataires de soins de santé	15
1.2.9 les biens médicaux dispensés.....	15
1.2.10 la formation.....	16
1.2.11 Les sources de financement.....	16
1.2.12 Le reste du monde.....	16
1.2.13 Les agents de financement	16
1.2.14 Les prestataires	16
1.2.15 Les fonctions de santé.....	17
1.2.16 Les flux financiers.....	18
2. Processus d'élaboration des CNS.....	18
2.1. Collecte de données.....	18
2.2. Traitement et analyse des données	19
2.2.1 Techniques d'estimation des dépenses de santé.....	19
a) Cas des données du budget de l'Etat.....	19
b) Cas des dépenses des ménages	19
2.2.2 Codification et analyse des données.....	20

3. Limites de l'étude.....	21
III. RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE (CNS) 2007 ET 2008	22
1. Volume de financement de la santé	22
1.1 La dépense nationale de santé (DNS)	22
1.2 La Dépense totale pour la santé (DTS)	23
1.3 La Dépense totale actuelle pour la santé (DTAS)	23
2. Sources de financement de la santé	23
3. Comparaison sous-régionale de la dépense nationale de santé	27
4. Répartition des dépenses de santé entre les prestataires	28
5. Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires en 2007 et en 2008	30
6. Répartition des dépenses de santé par région en 2007 et en 2008.....	33
7. Dispositifs mises en place pour réduire les dépenses de santé des ménages	35
7.1 Assurance maladie	36
7.2 La subvention des accouchements et des SONU	36
7.3 L'état de la mise en œuvre de la gratuité des soins préventifs	37
7.4 Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des mesures de gratuité.....	39
8. Indicateurs à produire lors de l'élaboration des comptes nationaux de la santé	39
8.1 Indicateurs de base	40
8.2 Indicateurs optionnels.....	41
9. Analyse des dépenses publiques de santé	42
9.1 Evolution du financement du budget alloué au Ministère de la santé	42
9.2 Budget alloué au secteur de la santé	42
IV. RESULTAT DU SOUS COMPTE PALUDISME 2007 ET 2008	44
1. Aperçu sur la situation du paludisme au Burkina Faso	44
2. Volume de financement des dépenses du paludisme	45
3. Sources de financement des dépenses du paludisme	46
4. Agents de financement des dépenses du paludisme	46
5. Prestataires de services	48
6. Classification des dépenses du paludisme par fonctions et par prestataires	49
V. RESULTATS DU SOUS COMPTE TUBERCULOSE 2007 et 2008	50
1 Aperçu sur la situation de la tuberculose au Burkina Faso	50
1.1. La détection des cas.....	50
1.1.1. Stratégie	50
1.1.2. Evolution du nombre de cas de tuberculose dépistés de 2006 à 2008	50
1.2 Le traitement (TDO).....	51
1.2.1 Stratégie	51
1.2.2 Situation actuelle/principaux résultats enregistrés	51
1.3 La Recherche active des absents au traitement et des perdus de vue.....	51
1.4. La Décentralisation de la collecte des crachats et de la prise en charge des malades.....	52
2. Volume de financement des dépenses de la tuberculose de 2003 à 2008	53
3. Sources de financement des dépenses de la tuberculose	53
4. Agents de financement.....	54
5. Prestataires de services	55

6. Classification par fonction des dépenses de la tuberculose.....	55
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	58
ANNEXES	i
TABLE DES MATIÈRES	iv