

**MINISTERE DE LA SANTE**

**BURKINA FASO**

*Unité-Progress-Justice*



**COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ  
et Sous comptes Paludisme,  
Tuberculose et VIH/Sida**

**ANNEE 2009**

*Octobre 2011*

## **SOMMAIRE**

<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	III
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	IV
<b>LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS</b> .....	V
<b>AVANT PROPOS</b> .....	VI
<b>RESUME</b> .....	VII
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>I. GENERALITES</b> .....	2
<b>II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES</b> .....	6
<b>III. RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ de 2009</b>	16
<b>IV. RESULTATS DU SOUS COMPTE PALUDISME 2009</b> .....	33
<b>V. RESULTATS DU SOUS COMPTE TUBERCULOSE 2009</b> .....	40
<b>VI. RESULTATS DU SOUS COMPTE VIH et le Sida</b> .....	47
<b>CONCLUSION</b> .....	52
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	i
<b>LISTE DES MEMBRES DE L'EQUIPE TECHNIQUE</b> .....	ii
<b>ANNEXES</b> .....	iii
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	xiii

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Evolution des taux bruts de scolarisation de 2005/ 2006 à 2008/2009 (en %)	3
Tableau 2 : Quelques indicateurs au niveau des districts sanitaires	5
Tableau 3 : Indicateurs au niveau du deuxième échelon du district sanitaire	5
Tableau 4 : Principaux indicateurs au niveau du second niveau et du troisième niveau de soins	6
Tableau 5 : Dépenses individuelles selon le type de prestataires en soins hospitaliers	15
Tableau 6 : Répartition des fonctions de santé	16
Tableau 7: Dépense nationale de santé selon les sources de financement en millions de FCFA	18
Tableau 8 : Répartition des dépenses de santé par prestataire de 2008 à 2009 (x1000)	23
Tableau 9: Classification par fonction des dépenses de santé 2008-2009 en millions de FCFA	24
Tableau 10 : Dotation et dépenses du Ministère de la santé (en millier de FCFA)	27
Tableau 11 : Part du budget de l'Etat consacrée au secteur de la santé en milliers	28
Tableau 12 : Série des indicateurs de base de 2003 à 2009	31
Tableau 13 : Série des indicateurs optionnels de 2003 à 2009	32
Tableau 14 : Volume des dépenses annuelles par source de financement du paludisme de 2006 à 2009	35
Tableau 15 : Répartition des financements consacrés au paludisme selon les agents de financement de 2006 à 2009	36
Tableau 16 : Les prestataires de services et leur financement en 2007 à 2009	37
Tableau 17 : Répartition des dépenses du paludisme par fonction de 2006 à 2009 (X1000)	39
Tableau 18 : Volume des dépenses annuelles par source de financement de 2006 à 2009	44
Tableau 19 : Evolution des financements de la tuberculose par agent de financement de 2006 à 2009	44
Tableau 20 : Evolution des financements de la tuberculose par prestataire de 2007 à 2009	45
Tableau 21: Répartition des financements par fonction de soins et par prestataire en 2009 (x 1000)	46
Tableau 22 : Notification des cas de Sida en 2009 par région et par district sanitaire	48
Tableau 23 : Situation globale des dépenses du sous-compte VIH ( en millier de FCFA)	48
Tableau 24 : Source de financement des dépenses VIH et le Sida	49
Tableau 25: Agents de financement des dépenses VIH et le Sida (x1000)	49
Tableau 26 : Distribution des dépenses par prestataire en 2009	50
Tableau 27 : Distribution des dépenses par fonction (FCFA)	50

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Interrelations entre les quatre principales entités.....	11
Figure 2 : Evolution de la structure des dépenses nationales de santé (DNS) de 2003 à 2009.....	17
Figure 3 : Répartition de la DNS par source de financement en 2009.....	19
Figure 4 : Evolution des dépenses de santé par source de 2003 à 2009 .....	20
Figure 5 : Comparaison sous régional de la DNS en % du PIB de 2008 et 2009.....	21
Figure 6 : Evolution de la DNS de 2003 à 2009 dans l'espace UEMOA .....	22
Figure 7 : Distribution des dépenses de santé par prestataire en 2009 (%) .....	24
Figure 8 : Classification par fonction des dépenses de santé en 2009 (en %) .....	26
Figure 9 : Evolution des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme de 2003 à 2009. ....	34
Figure 10 : Evolution du nombre de cas de TPM+ et TTF.....	41
Figure 11 : Evolution des malades perdus de vue pour la tuberculose .....	42
Figure 12 : Financement de la tuberculose de 2003 à 2009 en milliard FCFA .....	43

## LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

<b>APSAB</b>	: Association professionnelle des sociétés d'assurance du Burkina
<b>ARV</b>	: Anti retro viraux
<b>CDT</b>	: Centre de dépistage et de traitement
<b>CDV</b>	: Conseil dépistage volontaire
<b>CHR</b>	: Centre hospitalier régional
<b>CHU</b>	: Centre hospitalier universitaire
<b>CID</b>	: Circuit informatisé de la dépense
<b>CMA</b>	: Centre médical avec antenne chirurgicale
<b>CNLAT</b>	: Centre national de lutte anti tuberculose
<b>CNS</b>	: Comptes nationaux de la santé
<b>CNSS</b>	: Caisse nationale de sécurité sociale
<b>CSPS</b>	: Centre de santé et de promotion sociale
<b>DCIM</b>	: Dépense communes interministérielles
<b>DNS</b>	: Dépense nationale de la santé
<b>DRS</b>	: Direction régionale de la santé
<b>DTAS</b>	: Dépenses totales actualisées pour la santé
<b>DTS</b>	: Dépenses totales pour la santé
<b>EBCVM</b>	: Enquête Burkinabé sur les conditions de vie des ménages
<b>EDS</b>	: Enquête démographique et de santé
<b>FS</b>	: Sources de financement (Financing sources)
<b>HF</b>	: Agents de financement (Financing agents)
<b>HP</b>	: Prestataires de soins (Heath providers)
<b>IHPC</b>	: Indice harmonisé des prix à la consommation
<b>INSD</b>	: Institut national de la statistique et de la démographie
<b>ISBLM</b>	: Institution sans but lucratif au service des ménages
<b>ISF</b>	: Indice synthétique de fécondité
<b>MILDA</b>	: Moustiquaire imprégnées à longue durée d'action
<b>MS</b>	: Ministère de la santé
<b>NASA</b>	: National AIDS Spending Assessment
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>OST</b>	: Office de santé des travailleurs
<b>PADS</b>	: Programme d'appui au développement sanitaire
<b>PIB</b>	: Produit intérieur brut
<b>PMA</b>	: Paquet minimum d'activités
<b>PNDS</b>	: Plan national de développement sanitaire
<b>PNLP</b>	: Programme national de lutte contre le paludisme
<b>PNT</b>	: Programme national de lutte contre la tuberculose
<b>PSN</b>	: Politique sanitaire nationale
<b>REDES</b>	: Ressources et dépenses de sida
<b>RGPH</b>	: Recensement général de la population et de l'habitat
<b>SCN</b>	: Système de comptabilité nationale
<b>SCS</b>	: Système de compte de la santé
<b>SONU</b>	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
<b>UEMOA</b>	: Union économique et monétaire ouest africaine
<b>UNICEF</b>	: Fonds des nations unies pour l'enfance

## **AVANT PROPOS**

Le gouvernement du Burkina Faso entreprend depuis ces dix dernières années, de profondes réformes du système de santé en vue de répondre efficacement aux problèmes de santé des populations. Ces réformes tendent entre autres à renforcer les mesures d'amélioration et d'accessibilité financière aux soins de santé, à améliorer la mobilisation et l'allocation des ressources financières en faveur des activités de la santé. Elles contribuent ainsi à l'atteinte des objectifs de la SCADD et des OMD. En particulier, il est essentiel pour les acteurs du système de santé de savoir qui finance, pour quelles activités ou produit et par quels mécanismes. En d'autres termes, d'où vient l'argent et qu'en faisons nous ? En élaborant les Comptes nationaux de la santé (CNS), le gouvernement veut se donner les moyens pour la maîtrise du financement du système de santé et pour le renforcement de sa performance.

L'expérience du Burkina Faso dans la réalisation des CNS a permis l'identification des problèmes d'allocation des ressources et d'utiliser les résultats des comptes aussi bien dans le suivi des politiques que dans la définition des actions dans le secteur de la santé. Au titre de l'utilisation des résultats des CNS comme outil de politique de santé, on note entre autres:

- l'utilisation des résultats des CNS pour le suivi de la déclaration d'Abuja ;
- l'utilisation des données CNS pour le cadrage budgétaire du PNDS 2011-2020 ;
- l'utilisation des résultats des CNS pour l'allocation des ressources et l'élaboration des politiques de santé ;
- l'exploitation des CNS pour renseigner des documents de plaidoyer de l'Etat ou des partenaires pour la mobilisation des financements pour la santé.

Le présent rapport donne une évaluation du montant total des financements utilisés pour les soins de santé et les biens médicaux consommés au Burkina Faso en 2009 ainsi que les principales évolutions des dépenses de santé de 2003 à 2009. Il présente également les résultats des sous comptes pour le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida.

Ce document constitue un précieux outil pour le suivi des mécanismes de financement de la santé dans notre pays. J'invite donc l'ensemble des acteurs du secteur de la santé à se l'approprier, à en faire bon usage, et à contribuer à son institutionnalisation. C'est ainsi que nous disposerons régulièrement de bases factuelles permettant des prises de décisions efficaces et efficientes en matière de financement de la santé.

**Le Ministre de la santé**

**Pr Adama TRAORE**  
Chevalier de l'ordre national

## RESUME

Les comptes nationaux de la santé (CNS) fournissent des indicateurs fiables sur le financement du système de santé. Ils regroupent un ensemble d'informations économiques et financières, systémiques et cohérentes sur le système de santé et 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.

A ce jour, le Ministère de la santé est à son sixième exercice d'élaboration des comptes nationaux de la santé. Ce qui a permis de disposer des CNS de 2003 à 2009.

La dépense nationale de santé (DNS) représente 7,6% du PIB en 2009. Elle était de 5,5 %, 6,1%, 6,8%, 6,47%, 6,77% et 6,89% respectivement en 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 et 2008. Cela traduit un effort d'investissement relativement important en matière de santé.

En 2009, la DNS a connu une forte hausse de 16,8%. Cette forte hausse s'explique en grande partie par l'amélioration du circuit de la collecte des données et par un accroissement des dépenses de santé des ménages. En effet, les dépenses de santé des ménages s'élèvent à 108,8 milliards de FCFA contre 97 milliards de FCFA en 2008, soit un accroissement de 12,3%. Cela pourrait s'expliquer par l'accroissement de la population et le recul du seuil de pauvreté.

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 et à 296,67 milliards de FCFA en 2009 ; soit un accroissement de 16,8% par rapport à 2008. Elle était estimée à 206,59 milliards en 2006 et à 202,7 milliards en 2005.
- la dépense totale pour la santé (DTS)<sup>1</sup> est de 292,7 milliards de FCFA en 2009. Elle était de 250,35 milliards et 221,91 milliards de FCFA respectivement en 2008 et 2007 contre 191,19 milliards de F CFA en 2006 et 193,47 milliards de F CFA en 2005.
- la dépense totale actuelle pour la santé (DTAS) est de 258,44 milliards de FCFA en 2009. Elle était estimée à 221,32 milliards F CFA en 2008 et 195,41 milliards F CFA en 2007, 179,32 milliards en 2006 et 180,73 milliards de F en 2005.

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

---

<sup>1</sup> Voir la définition en 2.2

- le secteur privé a le plus contribué dans le financement de la santé par rapport aux autres sources avec 116,02 milliards contre 100,64 milliards de FCFA en 2008 et 86,83 milliards en 2007 soit 39,11% des dépenses totales. Cette prépondérance se justifie notamment par l'importance des dépenses des ménages.
- l'Etat à travers les fonds publics a contribué à hauteur de 104,36 milliards contre 68,67 milliards en 2007 et 79,56 milliards FCFA en 2008 soit 35,18% des dépenses totales.
- le reste du monde a contribué à la DNS pour 76,29 milliards de FCFA contre 64,5 milliards de FCFA en 2007 et 74,04 milliards de FCFA en 2008 soit 25,72% des dépenses totales.

De la distribution des dépenses de santé entre les prestataires, on note que 84,6 milliards de FCFA sont orientés vers les hôpitaux, 74,5 milliards de FCFA vers les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux et 66,8 milliards de FCFA vers les prestataires de soins ambulatoires. Ceci représente respectivement 28,25%, 25,11% et 22,51% de la DNS.

Trois fonctions dominent dans les dépenses de santé. Il s'agit en premier lieu des soins curatifs estimés à 83,41 milliards soit 28,12%, suivis des services de prévention et de santé publique à hauteur de 73,92 milliards soit 24,92%. En troisième lieu viennent, les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires avec 73,86 milliards soit 24,92% de la DNS.

Le volume des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme est estimé à 37,33 milliards de FCFA soit un accroissement de 52 % par rapport à 2008. Le secteur privé, notamment les ménages, finance en grande partie les dépenses de lutte contre le paludisme avec 25,14 milliards de FCFA soit 67,6%. Ces dépenses sont dirigées essentiellement vers les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux, les hôpitaux, et les prestataires de soins ambulatoires avec respectivement 43,87 %, 29,20% et 14,33%.

Le reste du monde et l'Etat constituent les deux principales sources de financement de la lutte contre la tuberculose depuis 2006. Le volume des dépenses liées à la tuberculose est passé d'un milliard de FCFA en 2008 à 1,30 milliard en 2009. Ces dépenses sont essentiellement dirigées vers les prestataires de soins ambulatoires pour 77,7% et les hôpitaux pour 13,3%.

Les dépenses relatives au VIH et du Sida s'élèvent à 19,7 milliards de FCFA. Le reste du monde finance en grande partie ces dépenses (62,6%) suivi de l'Etat (35,8%). Les dépenses sont orientées essentiellement vers l'administration générale de la santé et de l'assurance maladie (27,93%), les fournitures et gestion de programme de santé publique (27,26%) et les hôpitaux (23,2%).

## **INTRODUCTION**

Le problème du financement des soins de santé reste une préoccupation majeure des pays en développement. Les décideurs sont de plus en plus conscients que pour rendre le système de santé plus performant dans un environnement en perpétuelle évolution, les réformes de santé publique doivent être couplées avec les informations sur les dépenses de santé ; d'où l'importance des comptes nationaux de la santé (CNS). Les CNS retracent toutes les dépenses afférentes au système de santé d'un pays, depuis la source de financement jusqu'au service fourni. Ces informations sont utilisées comme un instrument de diagnostic afin d'identifier des problèmes d'allocation des ressources, pour une meilleure performance du système de santé.

Depuis 2005, le Burkina Faso réalise les CNS. Cette continuité montre qu'il est en voie de réussir l'institutionnalisation des CNS. Cependant, la plus grande faiblesse se situe au niveau des ressources financières, matérielles et humaines. A cet effet, la Banque mondiale accompagne le pays depuis 2009 dans l'institutionnalisation de la production des comptes.

L'appropriation progressive des principes, des méthodes et des outils des comptes nationaux de la santé par l'équipe technique des CNS, permet au Burkina Faso de présenter des indicateurs de qualité et des données jugées pertinentes.

Ce rapport présente une vue d'ensemble des principales évolutions des dépenses de santé observées en 2009. Il s'articule autour de deux grandes parties, la première partie présente les méthodes et les sources de données et la seconde fait état des résultats des CNS 2009. Le rapport présente également les résultats des sous-comptes pour le paludisme, la tuberculose, le VIH et du Sida.

## **I. GENERALITES**

### **1.1 Présentation générale du Burkina Faso**

#### **❖ Situation géo-climatique**

Le Burkina Faso est un pays situé en Afrique de l'Ouest avec pour capitale politique Ouagadougou. 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 Km<sup>2</sup>. Pays tropical, le Burkina Faso a un climat de type soudanien et comporte deux principales saisons : une saison pluvieuse de juin à octobre et une saison sèche de novembre à juin. A l'alternance de ces deux saisons s'associe la recrudescence de certaines maladies épidémiques et endémo-épidémiques comme le paludisme en saison pluvieuse, les infections respiratoires et la méningite en saison sèche. Le pays est subdivisé en 13 régions administratives, 45 provinces et 351 communes.

#### **❖ Données démographiques**

Sur la base de la projection démographique réalisée par l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) à partir du Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006, le Burkina Faso compte en 2009, 15 224 780 habitants. 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. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 56,7 ans en 2006 contre 53,8 ans dix ans plutôt.

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 enfants par femme pour l'ensemble du pays. Le taux brut de natalité est estimé à 46 ‰. Le Burkina Faso est aussi caractérisé par de fortes migrations internes et surtout externes.

Le niveau d'alphabétisation de la population reste faible. Selon les enquêtes de l'INSD sur les conditions de vie des ménages de 2003 à 2007, le taux d'alphabétisation des 15 ans et plus est passé de 21,8% en 2003 à 23,6% en 2005 et 28,3% en 2007.

#### **❖ Données socio-économiques**

Au cours des dix dernières années, la stratégie de développement du Burkina s'est basée sur le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). La mise en œuvre de ce référentiel a permis, sur le plan économique, une croissance économique régulière de l'ordre de 5% par an entre 2000 et 2009. Le PIB est estimé à 3 051,3 milliards FCFA en 2009 contre 2 956,9 milliards FCFA en 2008. L'inflation a été maîtrisée à un niveau de 2,6% en 2009. L'année 2009 a été particulièrement marquée par les inondations du 1er septembre qui ont occasionné de nombreuses

dépenses imprévues pour la prise en charge des populations sinistrées et des dépenses de réhabilitations des infrastructures sanitaires sinistrées.

En dépit des performances économiques non négligeables, le Burkina Faso reste un pays pauvre. L'incidence de la pauvreté est évaluée à 43,9% en 2009 (INSD : EICVM-2009) contre 46,4% en 2003 (INSD : EBCVM-2003). L'indice de développement humain (IDH) s'est établi à 0,303 en 2009 classant le pays au 177ème rang mondial sur 182. L'économie burkinabè repose principalement sur l'agriculture. Depuis 2009, l'or non monétaire est le premier produit pourvoyeur de devises au détriment du coton.

### ❖ **Données socioculturelles**

Le Burkina Faso 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 %).

De nombreuses initiatives sont développées pour promouvoir le secteur des services, en particulier le tourisme. Les nombreuses manifestations culturelles ou commerciales organisées sont de nature à améliorer l'impact des services sur l'économie. Au nombre de ces manifestations, on peut citer le Festival panafricain du cinéma et de la télévision de Ouagadougou (FESPACO), le Salon international de l'artisanat de Ouagadougou (SIAO), le Salon international du tourisme et de l'hôtellerie de Ouagadougou (SITHO).

Sur le plan éducatif, les indicateurs sont en constante amélioration quand bien même d'énormes efforts restent à faire. Le taux brut de scolarisation au primaire est passé de 61,4% en 2005/2006 à 72,4% en 2008/2009. Au niveau du post-primaire, le taux de scolarisation est passé de 21,0% à 25,1% dans la même période.

**Tableau 1: Evolution des taux bruts de scolarisation de 2005/ 2006 à 2008/2009 (en %)**

Cycles	Années scolaires ou académiques			
	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009
Primaire	61,4	67,0	71,8	72,4
Post primaire et secondaire	21,0	22,2	26,7	25,1

Source : *Annuaire INSD, édition 2009*

## **1.2 Présentation du système de 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 : 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 de santé ;
- le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé (DRS) ; elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique de santé du gouvernement dans les régions sanitaires ;
- le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires. Le pays en compte 63 en 2009. Ce sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. Elles sont chargées de planifier et de mettre en œuvre les programmes de santé.

Le processus de décentralisation en cours dans le système de santé offre de plus en plus un rôle prépondérant aux collectivités territoriales pour la gestion des services de santé de base.

### ➤ **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 est constitué des formations sanitaires de base que sont les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), les centres médicaux, les dispensaires et les maternités isolés et le deuxième échelon est constitué par les centres médicaux avec antenne chirurgicale (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 qui est constitué par les centres hospitaliers universitaires (CHU). Il sert de niveau de référence pour les CHR. Il a également pour mission d'assurer la formation 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 qui sont concentrés dans les grands centres urbains essentiellement à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.
- 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.

## **1.3 Quelques indicateurs de santé**

Les indicateurs sont classés par niveau de soins.

### ❖ **Indicateurs au niveau des formations sanitaires de districts**

Il s'agit des activités des soins curatifs, préventifs, promotionnels, de l'information sanitaire et d'approvisionnement en produits de santé. Le tableau suivant résume quelques indicateurs en 2008 et 2009 ainsi que les objectifs 2010 tels que définis dans le rapport annuel de mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Dans l'ensemble, le niveau de mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) dans les formations sanitaires est appréciable.

**Tableau 2 : Quelques indicateurs au niveau des districts sanitaires**

Indicateurs	Niveau en 2008 (%)	Niveau atteint en 2009 (%)	Objectif 2010 (%)
Nombre de contact/habitant et par an (CSPS, CMA)	0,50	0,56	0,60
Taux d'accouchements assistés	64	70,7	64
Taux de couverture vaccinale en BCG	108,4	106,1	100
Taux de CV en DTCHibHep3 des enfants de 0 à 11 mois	103,5	102,9	100
Taux de couverture vaccinale en VAR des enfants de 0 à 11 mois	97,6	99,4	100
Taux de couverture vaccinale en VAA des enfants de 0 à 11 mois	97,6	99,4	100
Taux de couverture vaccinale en VAT2 des femmes enceintes	94,8	92,3	100
Taux de couverture en CPN2 des femmes enceintes	69,9	73,8	76
Taux de prévalence contraceptive	21,9	26,6	30
Taux de promptitude des TLOH	99,6	100	100
Taux de complétude des rapports mensuels	99,9	99,5	100
% de FS n'ayant pas connu de rupture des 20 molécules essentielles	nd	91,5	≥ 95

Source : Annuaire statistique 2009 et tableau de bord 2009, DGISS

### ❖ Indicateurs en rapport avec le deuxième échelon du 1<sup>er</sup> niveau de soins

Le paquet complémentaire d'activités est réalisé au niveau des CMA uniquement. On note à ce niveau, en 2009, que les indicateurs ont des meilleurs niveaux par rapport à la situation de 2008.

**Tableau 3 : Indicateurs au niveau du deuxième échelon du district sanitaire**

Indicateurs	Niveau en 2008	Niveau en 2009
Taux d'occupation des lits	48,3%	72,8%
Durée moyenne de séjour	2,8	2,1
Nombre total d'interventions chirurgicales effectuées	22 093	16 987
Dont césariennes	5 738	4 725
Taux de césariennes réalisées	1,3%	1,4%
Nombre de contre références effectuées vers les CSPS	39 308	32 684

Sources : Annuaire statistiques 2008 et 2009, DGISS

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

### ❖ Indicateurs au niveau des CHR et CHU

Les centres hospitaliers sont des structures de référence des formations sanitaires de premier niveau. L'analyse des principaux indicateurs relatifs aux hôpitaux montre une hausse des principales interventions entre 2008 et 2009. Le nombre de consultants est passé de 290 260 en 2008 à 295 111 en 2009. Le nombre de patients référés reçus est en hausse passant de 56 044 en 2008 à 61 893 en 2009. Il faut signaler le niveau toujours élevé du pourcentage d'accouchements eutociques (54,5%), accouchement qui auraient dû être pris en charge dans les formation sanitaires de premier niveau.

**Tableau 4 : Principaux indicateurs au niveau du second niveau et du troisième niveau de soins**

Indicateurs	Niveau en 2008	Niveau en 2009
Nombre de consultants	290 260	295 111
Nombre de malades hospitalisés	128 894	122 334
Taux d'occupation des lits	57,8%	49,4%
Durée moyenne de séjour	4	4
Nombre d'interventions obstétricales	8 620	10 048
dont césariennes	4 050	5 195
Nombre d'accouchements eutociques	9 811	10 192
Nombre d'accouchements dystociques	8 086	8 505
Nombre de patients référés	1 489	1734
Nombre de références reçues	56 044	61 893
Nombre de cas de sida notifiés	1 391	1 239
Taux de mortalité hospitalière	7,30%	7,41%

Sources : *Annuaire statistiques 2008 et 2009, DGISS*

## II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES

### 2.1. Définition et utilité des CNS

Les comptes nationaux de la santé fournissent une description exhaustive des flux de financements au sein d'un système de santé. Ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées. Ils permettent par ailleurs d'évaluer l'efficacité les politiques publiques en faveur de la santé et leurs impacts dans le temps.

En résumé, les comptes nationaux de la santé sont utilisés comme un outil complet permettant aux décideurs d'évaluer les flux et l'utilisation des ressources et de corriger les déséquilibres du financement du système de santé national,

Les CNS permettent de répondre entre autres aux questions suivantes dans un système de santé :

- qui, dans le pays, paie pour les soins de santé ?
- quels sont les différents agents de financement ?
- vers quelles prestataires/structures sont dirigés les financements mobilisés ?
- quelles sont les différentes prestations de santé achetées ?

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 et le Sida, le paludisme et la tuberculose.

## **2.2. Définition opérationnelle des concepts**

### **❖ La dépense de santé**

Selon la méthodologie standard décrite dans le guide d'élaboration des CNS de 2003, 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 cette définition, toutes les activités du Ministère de la santé (MS) ne sont pas couvertes par la définition des dépenses de santé. Par exemple, le financement de l'exploitation d'orphelinats par le MS ou les contributions aux budgets des organismes internationaux, ne serait pas considéré comme une dépense de santé.

Ainsi, il est nécessaire de 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.

### **❖ 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) ;

### ❖ **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).

### ❖ **La dépense nationale de la santé (DNS)**

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

### ❖ **Les soins curatifs en milieux hospitaliers**

Les soins hospitaliers peuvent être scindés en deux : (i) ceux qui concernent l'activité hospitalière pure (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 hôpitaux, les CHU, les CHR, les CMA, les cliniques et polycliniques du secteur privé.

### ❖ **Les soins curatifs ambulatoires**

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

- les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ;
- les cabinets de soins infirmiers ;
- les laboratoires d'analyses médicales ;
- les cabinets de radiologie ;
- les infirmeries et maternités ;
- les cabinets médicaux ;
- les dispensaires ;

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 telles que le centre national de lutte contre la cécité, le centre national 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 et les prestations des tradipraticiens.

## ❖ **La prévention et la santé publique**

La prévention est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé. Parmi les activités de santé publique, on peut citer :

- 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 et le Sida, et le paludisme.

## ❖ **Les débours directs des ménages**

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'un mécanisme de partage de risque maladie (mutuelle de santé ou assurance maladie)..

## ❖ **La formation du capital des établissements prestataires de soins de santé**

Il s'agit des investissements réalisés ( équipements médico-tehniques, microscopes,..) acquis au profit des structures de santé. Les investissements créent des actifs dont la particularité est d'être utilisée sur le long terme.

## ❖ **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.

## ❖ **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 partie des dépenses de fonctionnement.

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

### ❖ **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, ...).

### ❖ **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. Il est généralement utilisé pour désigner les financements ou les parties prenantes de l'extérieur.

### ❖ **Les agents de financement**

Les agents de financement sont les institutions ou entités qui canalisent les fonds fournis par les sources de financement. Ils les utilisent pour payer ou pour acheter des activités incluses dans le champ des comptes de la santé. Ils 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 sont également des agents de financement pour les débours directs en intégralité ou en partie dans les cas de co-paiements.

### ❖ **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.

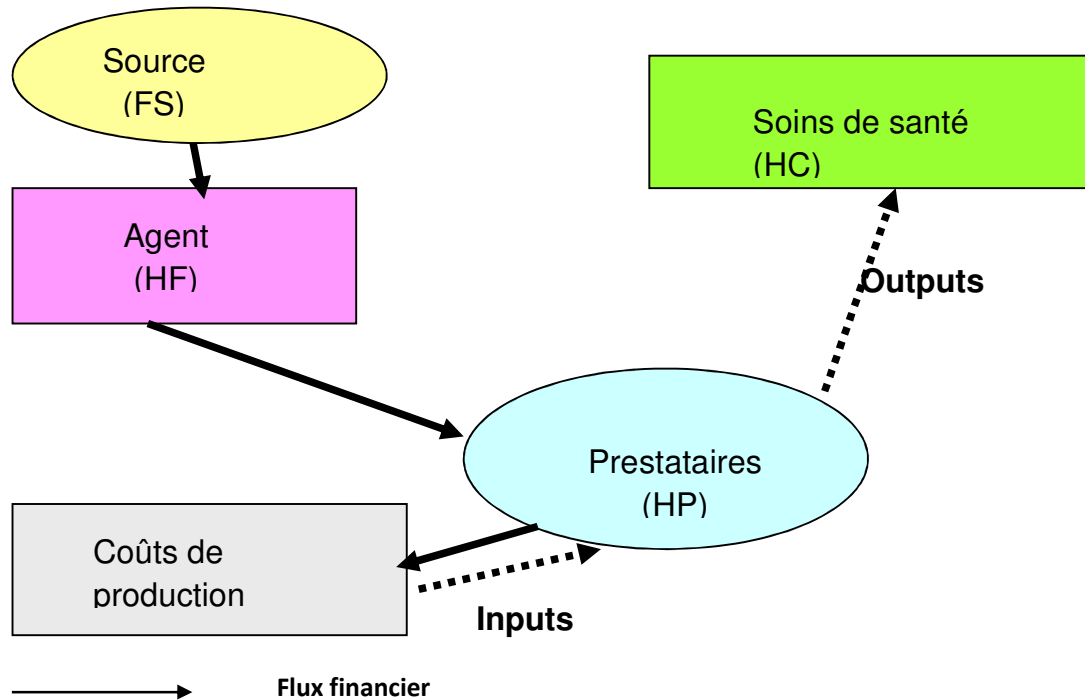
### ❖ **Les fonctions de santé**

Les fonctions sont les types de biens, services et d'activités réalisés 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 fonctions sont schématisées comme suit :

**Figure 1 : Interrelations entre les quatre principales entités**



## **2.3.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.

### **2.3.1. Collecte de données**

A l'image des CNS 2007 et 2008, les données des comptes 2009 de la santé ont été obtenues à travers plusieurs sources d'information primaires et secondaires.

S'agissant des sources secondaires, des rapports financiers au niveau des programmes de santé, les données du circuit informatisé de la dépense (CID), le rapport de l'Association professionnelle des sociétés d'assurance du Burkina (APSAB), les rapports des ONG et de certains partenaires techniques et financiers ont été exploités .

S'agissant des données de sources primaires, la collecte de données a été faite auprès de certains prestataires de soins de santé, les entreprises, les banques, les associations et les mutuelles de santé.

Pour les CNS de l'année 2009, une collecte de données n'a pas été faite auprès des hôpitaux, des districts sanitaires et des directions centrales. La base de données de la Direction des études et de la planification ayant servi à l'élaboration du bilan du plan d'action 2009 et de la revue du secteur de la santé 2009 a été utilisée à cet effet. Cette base de données renferme des informations complètes bien renseignées et conforme à l'exigence de contrôle de qualité dû à la méthodologie qui a prévalu. Les autres sources d'informations telles que le CID et le rapport d'activité du Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) par exemple ont été des sources d'informations pour la triangulation<sup>2</sup> des données.

Les données des CNS 2009 qui n'ont pas fait l'objet de triangulation sont celles pour lesquelles l'équipe technique des CNS ne disposait pas d'autres sources d'informations. A titre d'exemple, il y a les données des entreprises privées, des banques, des autres institutions à l'exception de la Présidence du Faso, des ONG et associations, etc.

Suite à une recommandation faite par le comité de pilotage lors de la validation interne des CNS 2007 et 2008, il a été décidé d'élaborer pour les CNS 2009 un sous compte VIH et le Sida. A cet effet, en plus des données collectées par l'équipe CNS, les sources de données collectées par l'équipe REDES et les tableaux de sortie du compte NASA 2010 ont été utilisés afin de faire une triangulation.

---

<sup>2</sup> La triangulation consiste à croiser des données provenant de plusieurs sources afin de vérifier leur cohérence

### **2.3.2. 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.

Afin de prendre en compte la base de données du plan d'action du Ministère de la santé, un tableau de concordance des données entre la nomenclature des CNS et celle du PNDS a été élaboré afin de faciliter l'utilisation des données et l'exploitation future de la nomenclature du PNDS.

### **2.3.3. Traitement et analyse des données**

#### **❖ Cas des données du budget de l'Etat**

Les informations concernant les données du budget de l'Etat sont des données qui sont en partie contenues dans la base de données du bilan du plan d'action 2009 du ministère de la santé. Cependant, afin de tenir compte de certaines exigences relatives à la codification des fonctions de santé et des prestataires de santé, la clé de répartition suivante a été utilisée pour les crédits délégués:

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%<sup>3</sup>.

La répartition des salaires a été faite sur la base des données de la direction de la solde du Ministère de l'économie et des finances et la situation des dépenses de santé fournie par la Direction de l'administration et des finances (DAF) du Ministère de la santé. Ainsi, la méthode suivante a été utilisée :

- sur la base du recensement général du personnel de santé 2010, le personnel a été catégorisé par prestataires. Une estimation des salaires selon l'ancienneté et la catégorie a été obtenue pour le personnel dans les CSPS, dans les équipes cadres des districts sanitaires, dans les directions centrales et dans les programmes de santé.
- le salaire du personnel des hôpitaux (CHU, CHR) n'est pas pris en compte dans le montant des salaires obtenu à la solde le montant des salaires des hôpitaux se retrouvant dans la base de données du bilan du plan d'action du Ministère de la santé.

La répartition des dépenses communes interministérielles (DCIM) a été faite proportionnellement au montant du budget de chaque structure. A travers la loi des finances 2009, il a été calculé le poids que représente le budget de chaque structure. Ensuite, cette clé de répartition a été appliquée au montant global de la

---

<sup>3</sup> INSD, 2008 : Enquête sur le suivi du CSLP des services déconcentrés du Ministère de la santé et du Ministère de l'enseignement de base et de l'alphabétisation

DCIM afin de faire les estimations. Il convient de noter que les proportions ont été obtenues sur la base des budgets des structures et non des dépenses.

#### ❖ **Cas des dépenses des ménages**

Deux étapes essentielles ont soutenu l'estimation des dépenses de santé des ménages. Il s'agit de l'estimation du volume global des dépenses de santé des ménages à travers une estimation sur la base du volume des dépenses fourni par l'enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages (EBCVM) de 2003. Ensuite, une clé de répartition par fonction et par prestataire fournie par l'enquête nationale sur les dépenses individuelles de santé réalisée en 2010 a été utilisée.

#### **2.3.4. Estimation du volume global des dépenses de santé des ménages**

Les dépenses des ménages ont été obtenues sur la base des données de l'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 2009.

##### **Variables utilisées :**

- dépense moyenne annuelle de santé des ménages en 2003 (EBCVM 2003 INSD)
- indice des prix de la fonction santé (base 100 : 2008) INSD
- estimation de la population par région INSD (RGPH 2006)

Méthodologie de calcul :

Hypothèse forte d'estimation : la méthode d'actualisation s'est fondée sur l'hypothèse que la structure des dépenses 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 2009.

A partir des résultats de l'EBCVM 2003, une estimation des dépenses moyennes annuelles de santé des ménages par région et le volume global des dépenses de santé des ménages est disponible.

#### **2.3.5. Méthode de détermination de la clé de répartition par fonction et par prestataire**

En 2010, la DGISS a réalisé l'enquête nationale sur les dépenses individuelles de santé (ENDIS). Cette enquête a produit plusieurs tableaux ayant permis d'actualiser les clés de répartition des dépenses de santé des ménages. Ces clés ont été appliquées au volume global des dépenses de l'EBCVM 2003, ce qui a permis d'affiner la répartition des dépenses par prestataire et par fonction.

### 2.3.6. Illustration de l'utilisation des clés de répartition.

Le tableau 5 donne la répartition des dépenses de santé des ménages au niveau des prestataires de santé en milieu hospitalier (Cf. tableau 12 page 24 du rapport ENDIS). La dernière colonne a permis d'obtenir les proportions par prestataire. Dans le cadre du traitement des données, ces proportions ont été appliquées aux données estimées à partir de l'EBCVM pour faire une répartition des dépenses de santé des ménages par prestataire.

**Tableau 5 : Dépenses individuelles selon le type de prestataires en soins hospitaliers**

Prestataires	Débours		Transfert		Total	Proportion (%)
	Dépense moyenne par individu	Montant des dépenses	Dépense moyenne par individu	Montant des dépenses		
CHU	71 069	7 864 016 586	12 968	1 031 067 785	8 895 084 371	14,90
CHR	100 013	7 610 833 222	6 798	370 566 652	7 981 399 874	13,37
CMA	19 358	6 257 927 971	10 188	2 370 965 509	8 628 893 480	14,45
CSPS	30 675	23 538 355 011	983	536 704 914	24 075 059 925	40,32
Clinique/Polyclinique	112 462	6 790 249 172	29 423	1 260 394 366	8 050 643 538	13,48
CSI/ Cabinet d'accouchement	77 932	760 011 168	1 253	8 730 586	768 741 754	1,29
Dispensaires	23 062	1 197 858 749	422	15 646 031	1 213 504 780	2,03
Tradipraticiens	15 000	18 127 547	1 000	863 575	18 991 122	0,03
Soins reçus à domicile	14 037	67 571 785	0	0	67 571 785	0,11
Autres	14 226	17 308 061	0	0	17 308 061	0,03
<b>Total</b>	<b>38 475</b>	<b>54 122 259 271</b>	<b>5 569</b>	<b>5 594 939 419</b>	<b>59 717 198 690</b>	<b>100</b>

Source : ENDIS, 2009 DGISS

### 2.3.7. Traitement des données des assurances privées de santé

L'enquête ENDIS a permis d'obtenir des dépenses sur les assurances privées de santé. Cependant, ces montants n'ont pas été utilisés dans le cadre des CNS 2009. Ils ont servi à faire une triangulation. Les montants utilisés sont ceux fournis par l'Association professionnelle des services d'assurance du Burkina (APSAB).

Au niveau de l'assurance privée, il existe deux types de sources de financement : les ménages, à travers l'assurance auto et les entreprises et institutions pour l'assurance maladie. Ces informations sont généralement fournies par le rapport de l'APSAB.

Pour les fonctions de santé, les dépenses d'administration sont connues à travers le rapport de l'APSAB et sont enregistrées comme telles. Les autres fonctions de santé sont réparties sur la base d'une estimation de clé de répartition donnée par le tableau ci-dessous :

**Tableau 6 : Répartition des fonctions de santé**

Fonction	Proportions (en %)
Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes	13
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	37
Imagerie diagnostic pour patients externes	5
Appareils médico-techniques, y compris fauteuils roulants	5
Lunetterie et autres produits d'optique	3
Soins curatifs en milieu hospitalier (dont médicaments, labo, radio et frais administratif)	37

**Source :** Calculées selon le rapport de l'APSAB

### **2.3.8. Limites de l'étude**

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 SANTÉ de 2009**

### **3.1. Volume de financement de la santé**

Les CNS permettent de déterminer trois agrégats de dépenses de santé. Il s'agit de la dépense nationale de santé (DNS), de la dépense totale pour la santé (DTS) et de la dépense totale actuelle pour la santé (DTAS).

#### **3.1.1 La dépense nationale de santé (DNS)**

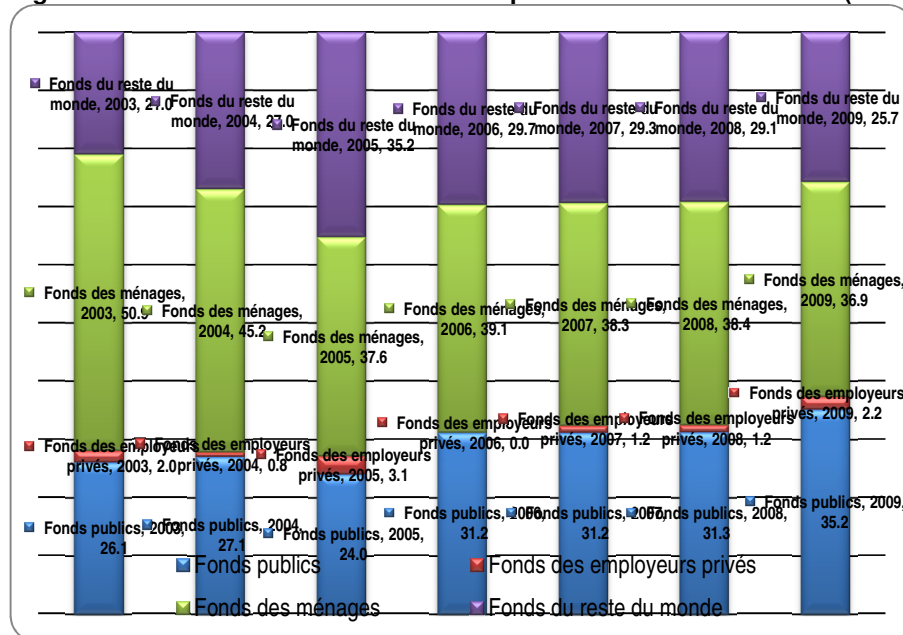
La Dépense nationale de santé (DNS) inclut toutes les fonctions en rapport avec la santé. Elle est passée de 254,24 milliards de FCFA en 2008 à 296,67 milliards de FCFA en 2009, soit un accroissement de 16,67%. Elle était de 220 milliards de FCFA en 2007 et 206,57 milliards de FCFA en 2006 (cf. graphique 1).

De 2003 à 2009, la DNS a plus que doublé, passant de 136,27 milliards de FCFA à 296,67 milliards de FCFA, soit un accroissement de 117,7% sur toute la période.

Cette forte augmentation s'explique en partie par le fait qu'en 2003 et 2004 les données du VIH et le Sida n'avaient pas été intégralement prises en compte. La comparaison serait plus appropriée pour les années 2005 à 2009 où la dépense nationale de santé est passée de 202,07 milliards de FCFA à 296,67 milliards de

FCFA, soit un accroissement de 46,8% et un accroissement moyen annuel de 7,9%. Les montants étant exprimés à prix courant.

**Figure 2 : Evolution de la structure des dépenses nationales de santé (DNS) de 2003 à 2009**



On note une baisse de la part des bailleurs et des ménages entre 2008 et 2009 qui est compensée par un accroissement de la part des dépenses consenties par l'Etat. Le taux d'accroissement de 16,69% de la dépense nationale de santé entre 2008 et 2009 pourrait s'expliquer par :

- 1) l'accroissement de la population ;
- 2) l'amélioration du circuit de la collecte des données, par une collaboration avec le SP/CNLS, afin de disposer des données déjà prétraitées sur les dépenses relatives au VIH/SIDA ;
- 3) l'utilisation de la nomenclature des activités du PNDS ;
- 4) l'importance des dépenses de santé des ménages qui se sont accrues de 12,3% par rapport à 2008.

### 3.1.2 La Dépense totale pour la santé (DTS)

La DTS est évaluée à 292,07 milliards de F CFA en 2009 contre 250,35 milliards de F CFA en 2008. Elles étaient évaluées à 221,91 milliards de F CFA, 191,19 milliards de F CFA et 193,47 milliards de F CFA respectivement en 2007, 2006 et 2005.

### 3.1.3 La Dépense totale actuelle pour la santé (DTAS)

La DTAS correspond à la DTS sans la formation de capital des établissements de santé. Elle est évaluée à 258,44 milliards de F CFA en 2009 contre 221,32 milliards

de F CFA en 2008. Au cours des années 2007, 2006 et 2005, elle a été évaluée respectivement à 195,41 milliards de F CFA, 179,32 milliards de FCFA et 180,73 milliards de F CFA.

### 3.2. Sources de financement de la santé

Le tableau 7 met en exergue les principales sources de financement de la santé. Il s'agit du secteur public (35,18%), du secteur privé (39,11%) et du reste du monde (25,71%).

Le secteur privé, depuis 2003 jusqu'à nos jours, reste la principale source de financement de la santé par rapport aux autres sources de financement. Les montants dépensés au fil des années augmentent considérablement de façon continue. Celui de 2009 est de 116,02 milliards FCFA contre 100,64 milliards de FCFA en 2008, soit un taux d'accroissement de 15,3%. Les financements du secteur privé représentent 39,11% de la dépense nationale de santé.

L'Etat à travers les fonds publics, a contribué à hauteur de 104,36 milliards de FCFA à la dépense nationale de la santé en 2009 contre 79,56 milliards de FCFA en 2008, soit un accroissement de 31,18%. Cela représente 35,18% de la dépense nationale.

Le reste du monde (ou partenaires extérieurs) a contribué à la dépense nationale de la santé à hauteur de 25,71%, passant de 74,044 milliards de FCFA en 2008 à 76,290 milliard de FCFA en 2009, soit une augmentation de 3,03%.

**Tableau 7: Dépense nationale de santé selon les sources de financement en millions de FCFA**

SOURCES DE FINANCEMENT		CNS 2008	%	CNS 2009	%
FS.1.1.1	Budget Etat	64 391	25,33	104 187	35,12
	<i>Fonds de l'administration centrale (prêts)</i>	15 089	5,93	-	-
FS.1.1.2	<i>Fonds des collectivités territoriales</i>	79	0,03	178	0,06
<b>FS.1</b>	<b>Total fonds publics</b>	<b>79 560</b>	<b>31,29</b>	<b>104 365</b>	<b>35,18</b>
FS.2.2	Entreprises privées et paraétatiques	3 132	1,23	6 493	2,19
FS.2.2	Ménages	97 504	38,35	109 529	36,92
<b>FS.2</b>	<b>Total fonds privés</b>	<b>100 637</b>	<b>39,58</b>	<b>116 022</b>	<b>39,11</b>
FS.3.1.1	Coopération bilatérale	4 352	1,71	8 665	2,92
FS.3.1.2	Coopération multilatérale	40 815	16,05	36 349	12,25
FS.3.2	Fonds des ONG, fondations et firmes internationales	28 876	11,36	31 276	10,54
<b>FS.3</b>	<b>Total fonds du reste du monde</b>	<b>74 044</b>	<b>29,12</b>	<b>76 290</b>	<b>25,71</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>254 240</b>	<b>100</b>	<b>296 677</b>	<b>100</b>

L'examen des figures n°3 et n°4 montre l'évolution de l'effort de chaque source de financement dans la dépense nationale de santé au cours de la période 2003-2009.

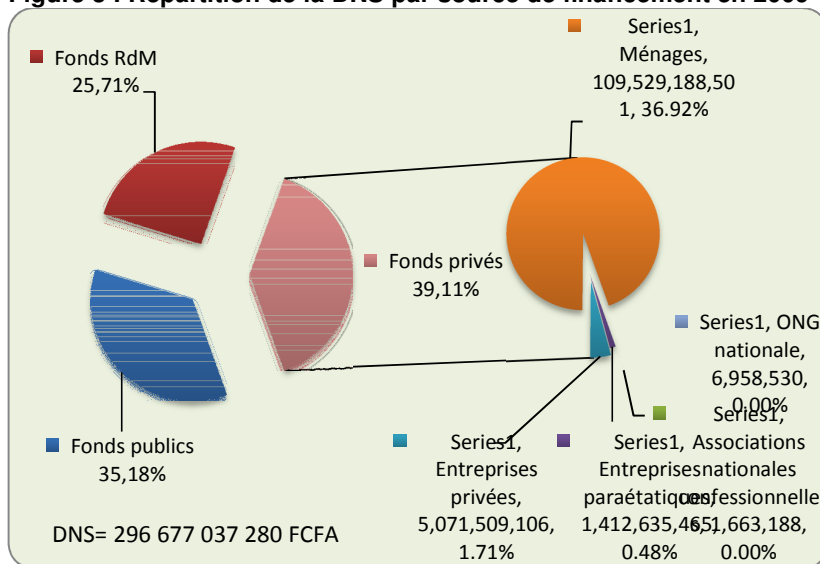
Le secteur privé dominé par les ménages, constitue la première source de financement des dépenses de santé au Burkina Faso. De l'analyse des rapports des

CNS de 2005 à 2009 ; il ressort de manière générale que la contribution des ménages à la DNS a baissé passant de 50,9% à 36,9%, soit une diminution de 27,5%. Cette baisse pourrait s'expliquer par le fait que la méthodologie n'intégrait pas toutes les dépenses relatives au VIH et le Sida. Cependant, pour les années 2008 et 2009, la contribution des ménages a connu un accroissement de 12,3% en valeur absolue malgré les efforts du gouvernement tendant à réduire les dépenses de santé des ménages à travers les mesures de subvention des accouchements, des SONU et la gratuité dans la prise en charge du paludisme grave chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires privées.

Les financements publics sont en hausse en valeur absolue sur toute la période 2003 à 2009. Ainsi, ils sont passés de 34,812 milliards de FCFA en 2003 à 104,36 milliards de FCFA en 2009. En valeur relative, excepté la baisse de l'année 2005, les autres années ont connu une évolution plus ou moins sensible, passant de 26,1% en 2003 à 35,2% en 2009.

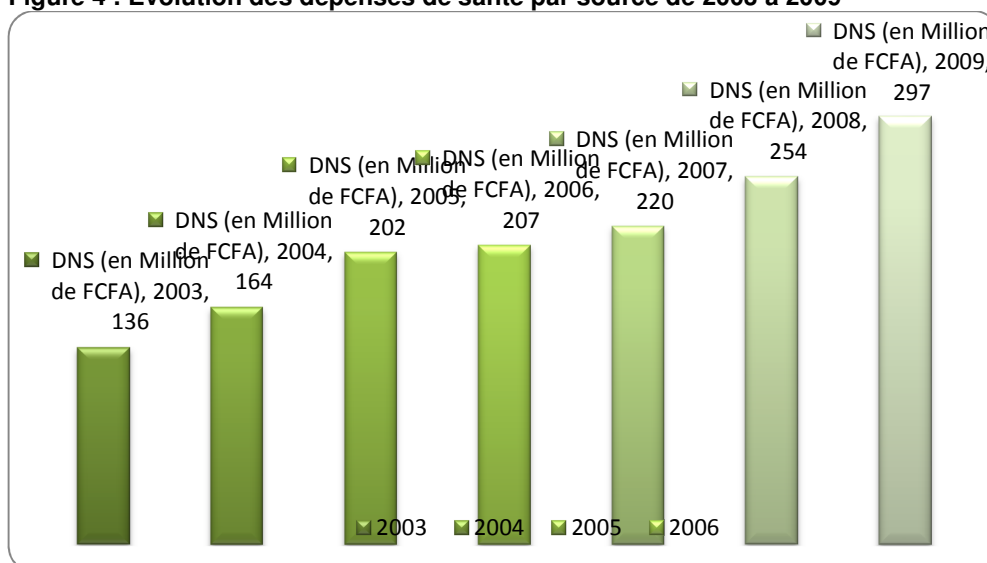
Le reste du monde constitue une source importante de financement de la santé après les ménages et l'Etat. Ainsi, sa contribution est de 76,29 milliards de FCFA en 2009 contre 74,04 milliards de FCFA en 2008. Cela représente 25,7% et 29% respectivement en 2009 et 2008 (confère graphique). Une baisse de 5,3 points du financement du reste du monde est observée entre 2005 et 2006 ; il en est de même pour la période 2008-2009 qui est de 3,3 points.

**Figure 3 : Répartition de la DNS par source de financement en 2009**



Une grande partie des financements extérieurs provient des dons en nature (médicaments). Ces dons représentent respectivement 40% et 38% des financements extérieurs en 2008 et 2009. Par rapport à la dépense nationale de santé, les médicaments représentent 25,11% en 2009 contre 11% en 2008 et 12% en 2007. L'évolution constante de la DNS est accompagnée par un accroissement des efforts budgétaires consentis par l'Etat ; toute chose qui témoigne de la volonté politique du gouvernement à mieux financer la santé.

**Figure 4 : Evolution des dépenses de santé par source de 2003 à 2009**



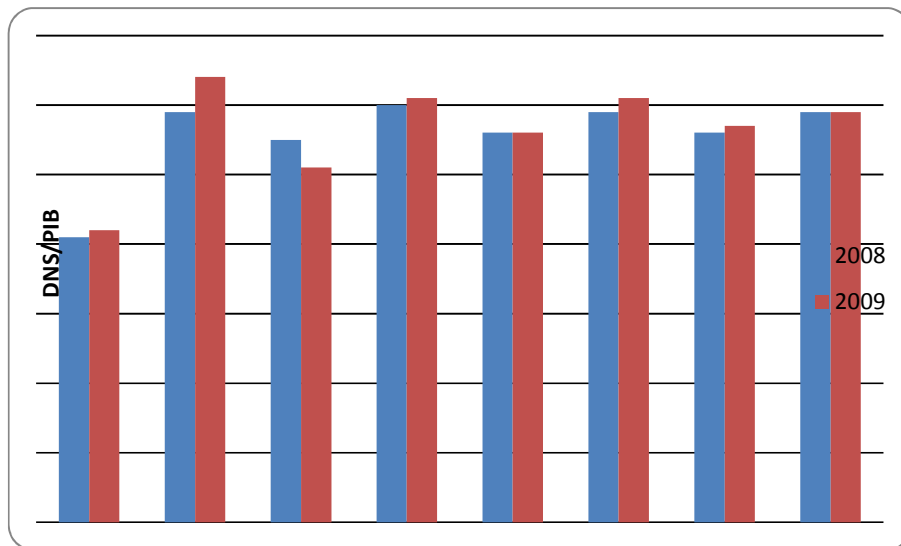
### 3.3. Comparaison sous-régionale de la dépense nationale de santé

La comparaison sous-régionale des dépenses de santé se fait suivant deux agrégats principaux que sont : la dépense nationale de santé en prix constant de 2000 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 de la situation économique des différents pays. En effet, plus la situation économique du pays est bonne, 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, situation 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.

Figure 5 : Comparaison sous régional de la DNS en % du PIB de 2008 et 2009

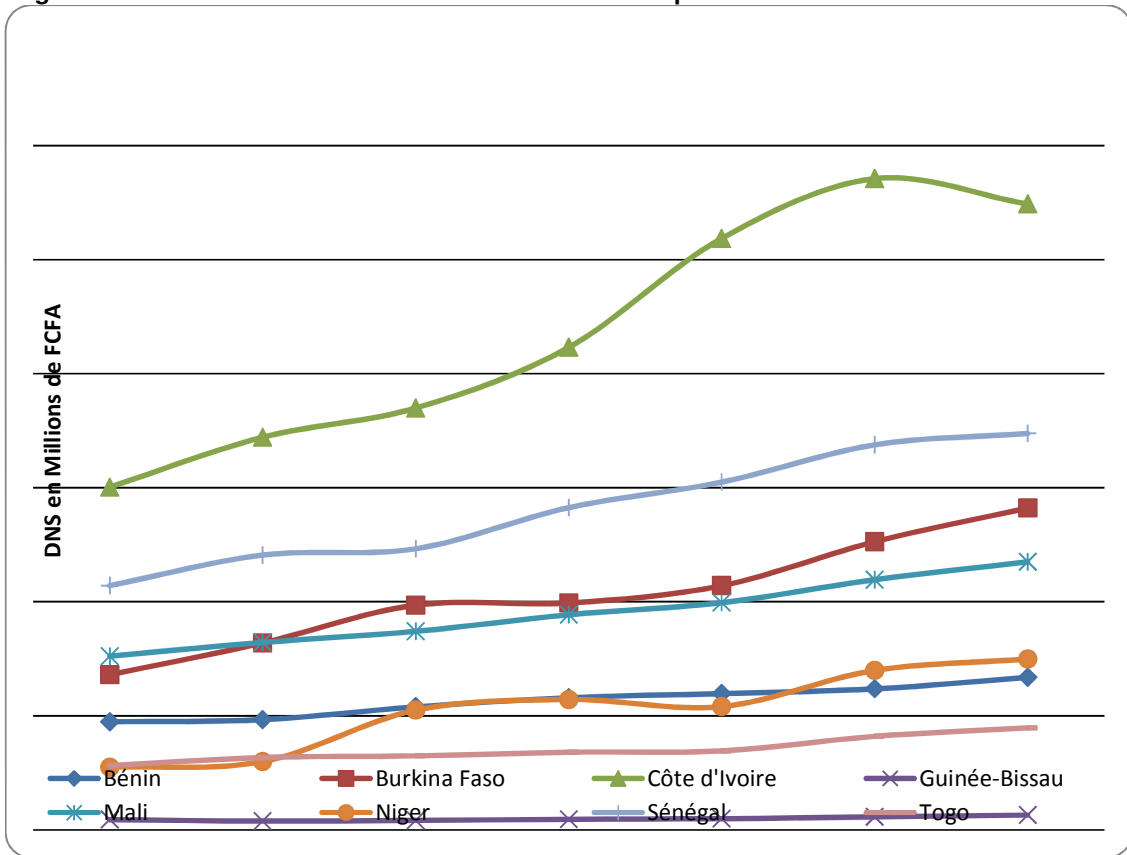


Source : Figure réalisée à partir des estimations de l'OMS

La dépense nationale de santé en pourcentage du PIB, agrégat utilisé dans les comparaisons internationales, s'élève à 6,4 % en 2009 contre 5,9% 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.

Figure 6 : Evolution de la DNS de 2003 à 2009 dans l'espace UEMOA



Source : Figure réalisée à partir des estimations de l'OMS

### 3.4. Répartition des dépenses de santé par prestataire

Le tableau n°8 et la figure n°5 mettent en exergue les principaux prestataires de santé en 2008 et 2009. Les dépenses destinées aux hôpitaux occupent le premier rang, suivies des dépenses destinées aux détaillants et autres distributeurs de biens médicaux et celles des prestataires de soins ambulatoires.

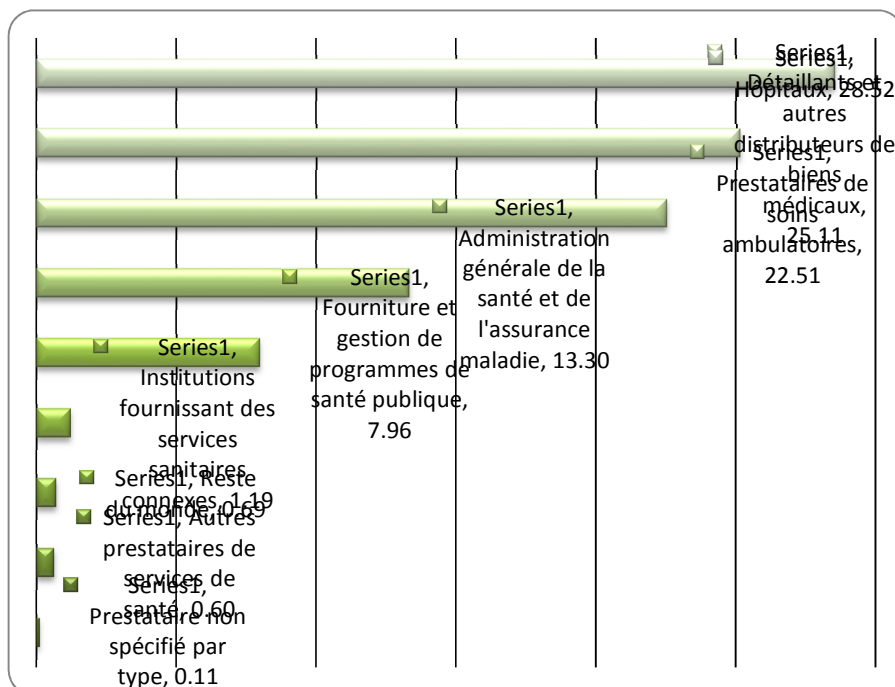
**Tableau 8 : Répartition des dépenses de santé par prestataire de 2008 à 2009 (x1000)**

PRESTATAIRES		CNS 2008	%	CNS 2009	%
<b>HP.1</b>	Hôpitaux	57 499 428	22,62	84 616 448	28,52
<b>HP.3</b>	Prestataires de soins ambulatoires	70 753 687	27,83	66 795 822	22,51
<b>HP.4</b>	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	74 025 425	29,12	74 484 365	25,11
<b>HP.5</b>	Fourniture et gestion de programmes de santé publique	12 964 595	5,10	23 629 053	7,96
<b>HP.6</b>	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	28 673 620	11,28	39 467 898	13,30
<b>HP.7</b>	Autres prestataires de services de santé	1 053 514	0,41	1 777 544	0,60
<b>HP.8</b>	Institutions fournissant des services sanitaires connexes	3 880 514	1,53	3 541 120	1,19
<b>HP.9</b>	Reste du monde	1 666 873	0,66	2 033 367	0,69
<b>HP.NST</b>	Prestataire non spécifié par type	3 722 816	1,46	331 420	0,11
<b>TOTAL (DNS)</b>		<b>254 240 473</b>	<b>100</b>	<b>296 677 037</b>	<b>100</b>

Il ressort que 84,61 milliards de FCFA soit 28,52% de la dépense nationale de la santé ont été orientés vers les hôpitaux en 2009 contre 57,5 milliards de FCFA soit 22,62 % en 2008. Vers les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux, 74,48 milliards de FCFA (25,11%) ont été orientés en 2009 contre 74,02 milliards de FCFA (29,12%) en 2008. Ces dépenses ont légèrement augmenté en valeur absolue entre 2008 et 2009 d'environ 459 millions de FCFA mais ont diminué d'au moins 4 points en valeur relative. La totalité des financements dans ce domaine a été destinée à l'achat des médicaments.

Les prestataires de soins ambulatoires ont mobilisé 66,79 milliards de FCFA (soit 22,51%) en 2009, contre 70,75 milliards de FCFA (soit 27,83%) en 2008. On note une baisse à ce niveau aussi bien en valeur absolue qu'en valeur relative.

Figure 7 : Distribution des dépenses de santé par prestataire en 2009 (%)



### 3.5. Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires 2008-2009

L'examen du tableau 9 et de la figure n°7, laisse apparaître en 2008 et en 2009 trois fonctions dominantes vers lesquelles sont orientés la majorité des financements. Il s'agit des soins curatifs, des soins préventifs et de santé publique et des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires.

Tableau 9: Classification par fonction des dépenses de santé 2008-2009 en millions de FCFA

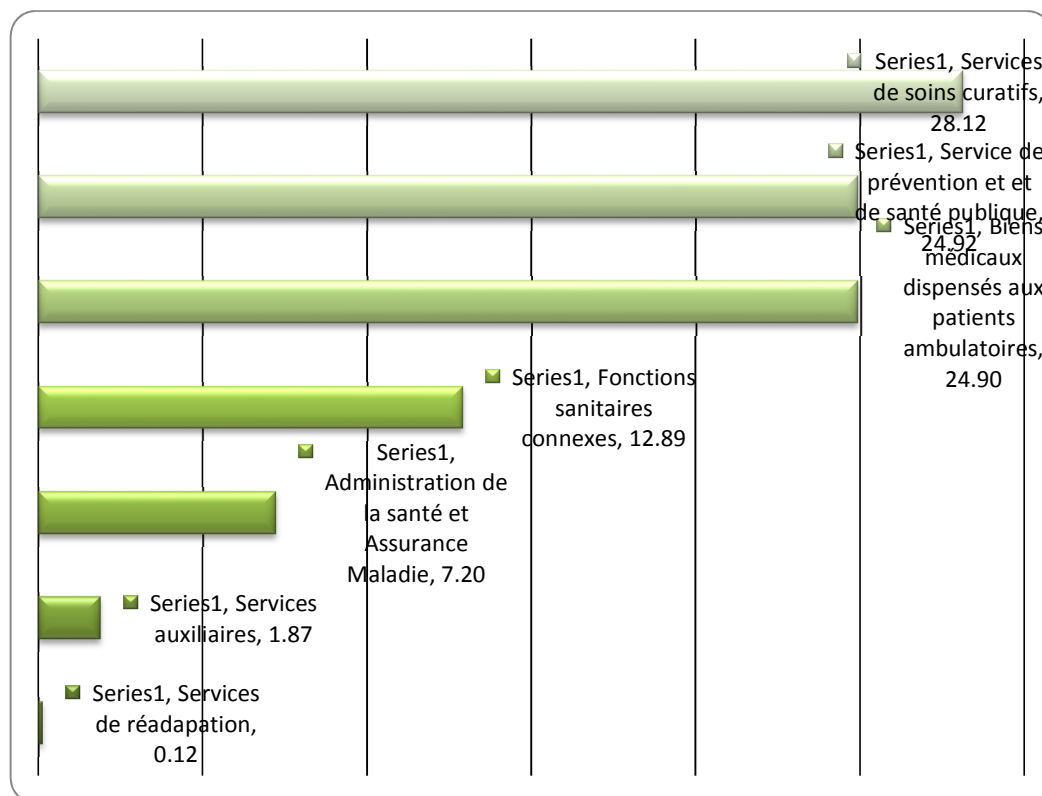
HC-Agr	HC-Name	CNS 2008	CNS 2009
<b>Services de soins curatifs</b>	Soins curatifs ambulatoires	3 024	17 269
	Soins curatifs en milieu hospitalier	55 406	62 264
	Soins palliatifs	-	924
	Traitement antirétroviral adulte	-	2 712
	Traitement des infections opportunistes	-	244
<b>Total Services de soins curatifs</b>		<b>58 431</b>	<b>83 413</b>
<b>Services de réadaptation</b>	Réadaptation en mode ambulatoire	98	355
<b>Total Services de réadaptations</b>		<b>98</b>	<b>355</b>
<b>Services auxiliaires</b>	Imagerie diagnostic pour patients externes	144	1 226
	Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes	11 195	4 313
<b>Total Services auxiliaires</b>		<b>11 339</b>	<b>5 539</b>
<b>Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires</b>	Appareils médico-techniques, y compris fauteuils roulants	277	168
	Appareils thérapeutiques & autres biens médicaux durables	-	5 127

	Lunetterie et autres produits d'optique	50	181
	Moustiquaires imprégnées	1 969	11 635
	Préservatifs masculins et féminins	-	895
	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	73 845	55 854
	<b>Total Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires</b>	<b>76 141</b>	<b>73 860</b>
<b>Service de prévention et de santé publique</b>	CDV	-	88
	IEC	-	902
	Médecine du travail	823	773
	Mobilisation communautaire	-	739
	Prévention des IST	-	599
	Prévention des maladies non transmissibles	-	6 991
	Prévention des maladies transmissibles	58 314	53 283
	Programme de prévention en milieu de travail	-	65
	Programme de prévention pour groupes à risque (TS,HSH, drogués...)	-	44
	Programmes VIH/SIDA : autres	-	5 220
	Sécurité transfusionnelle	-	619
	Service de santé maternelle et infantile	627	4 601
	<b>Total Service de prévention et de santé publique</b>	<b>59 764</b>	<b>73 924</b>
<b>Administration de la santé et Assurance Maladie</b>	Administration générale de la santé : administrations publiques	-	92
	Administration générale de santé : publique sauf sécurité sociale	16 218	19 887
	Activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale	ND	29
	Assurances sociales privées	34	169
	Sociétés d'assurance privées	839	1 178
	<b>Total Administration de la santé et Assurance Maladie</b>	<b>17 090</b>	<b>21 355</b>
<b>Fonctions sanitaires connexes</b>	Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène)	518	539
	Education et formation du personnel de santé	72	2 159
	Formation à l'étranger	115	-
	Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé	23 765	33 623
	Formation nationale	1 975	-
	Recherche et développement dans le domaine de la santé	1 209	1 911
	<b>Total Fonctions sanitaires connexes</b>	<b>27 655</b>	<b>38 232</b>
	<b>Total Dépenses de santé non spécifiées par catégorie</b>	<b>3 723</b>	<b>-</b>
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>254 240</b>	<b>296 677</b>

Les soins curatifs ont absorbé 83,41 milliards de FCFA (28,12%) en 2009 contre 58,43 milliards de FCFA (22,98%) en 2008. Viennent ensuite les soins préventifs et de santé publique à hauteur de 73,92 milliards de FCFA (24,92%) contre 59,76 milliards de FCFA (23,5%) en 2008. Les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires ont absorbé 73,86 milliards de FCFA (24,90%) contre 76,141 milliards de FCFA (29,95%) en 2008.

La figure n°6 présente une illustration de la classification par fonction des dépenses de santé de 2009.

**Figure 8 : Classification par fonction des dépenses de santé en 2009 (en %)**



### 3.7 Analyse sectorielle des dépenses de santé 2009

#### 3.7.1. Evolution du financement du budget du Ministère de la santé 2009

Les crédits budgétaires alloués au Ministère de la santé se chiffrent à 99,31 milliards de FCFA, tout financement et tout titre confondus. Les crédits hors DCIM, hors financements extérieurs se chiffrent à 64,67 milliards de F CFA en 2009 contre 65,6 milliards en 2008, ce qui représente respectivement 10,80% et 11,54 % du budget de l'Etat. Les détails des inscriptions budgétaires sont consignés dans le tableau 10 :

**Tableau 10 : Dotation et dépenses du Ministère de la santé (en millier de FCFA)**

INTITULE	2008			2009		
	Dotation	Exécution	Taux	Dotation	Exécution	Taux
Dépenses de personnel	22 028 593	21 028 000	95,46	20 788 821	24 268 168	116,74
Dépenses de fonctionnement	14 336 024	14 336 000	100,00	9 569 233	8 363 410	87,40
Transferts courant	18 855 703	18 674 000	99,04	20 112 823	20 033 056	99,60
Dépenses d'investissement	10 459 503	8 766 000	83,81	12 353 773	12 009 080	97,21
<b>TOTAL Budget du MS</b>	<b>65 679 823</b>	<b>62 804 000</b>	<b>95,62</b>	<b>62 824 650</b>	<b>64 673 714</b>	<b>102,94</b>

Les budgets 2008 et 2009 ont été exécutés respectivement à hauteur de 62,8 milliards de FCFA et 64,67 milliards de FCFA pour des prévisions de 65,68 milliards de FCFA et 62,8 milliards de FCFA soit des taux d'exécution respectifs de 95,62% et 103%. Par titre, la situation d'exécution se présente comme suit :

- les paiements de salaires au profit du ministère de la santé se chiffrent à 24,26 milliards francs CFA sur une prévision de 20,78 milliards de FCFA soit un taux d'exécution de 117%.
- pour les dépenses de fonctionnement, 8,36 milliards de FCFA ont été dépensées sur une prévision de 9,57 milliards de FCFA, soit un taux d'exécution de 87 %
- pour les transferts courants, la dotation qui s'élève à 20,11 milliards a été engagée à hauteur de 20,03 milliards de FCFA, soit un taux d'exécution de 99,60%.
- sur une dotation totale de 12,35 milliards de FCFA, les investissements ont été exécutés à hauteur de 12 milliards FCFA soit un taux d'exécution de 97,2%. La plupart de ces investissements sont exécutés en maîtrise d'ouvrage déléguée.

### **3.7.2 Participation des autres ministères aux dépenses de santé**

Le budget de l'Etat consacré au secteur de la santé a constamment évolué. Les dépenses de santé prennent en compte toutes les inscriptions budgétaires des ministères et institutions liées à la santé.

Le Burkina Faso consacre désormais depuis 2008 au moins 15% de son budget au secteur de la santé. Ainsi, la part du budget de l'Etat consacrée au secteur de la santé est passée de 15,21% en 2008 à 15,46% en 2009.

**Tableau 11 : Part du budget de l'Etat consacrée au secteur de la santé en milliers**

	Année 2007	Année 2008	Année 2009
TOTAL Budget du MS	80 466 213	88 449 720	99 382 308
Total Budget santé des autres Ministères et institutions	12 708 940	28 222 903	25 545 773
BUDGET SANTÉ (MS+ Budget santé des autres Min et Institutions)	93 175 153	116 672 623	124 928 081
DCIM <sup>4</sup>	157 254 528	216 968 342	235 619 298
BUDGET DE L'ETAT	925 135 151	984 171 356	1 043 874 882
BUDGET DE L'ETAT Sans DCIM	767 880 623	767 203 014	808 255 584
Budget MS/Budget de l'Etat sans DCIM	10,48%	11,53%	12,30
BUDGET SANTÉ/BUDGET DE L'ETAT sans DCIM	12,13%	15,21%	15,46%

*Source : lois des finances 2007, 2008 et 2009*

### **3.7.3 Financement de la santé par les collectivités territoriales**

Les collectivités territoriales participent au financement de la santé, notamment par des constructions d'infrastructures sanitaires et la prise en charge des salaires de certaines catégories de personnel. Le rôle des communes dans le financement de la santé va s'accroître avec le transfert de la gestion des formations sanitaires de base aux communes. Ainsi, les ressources destinées à la réhabilitation d'infrastructures sanitaires de base et à l'électrification solaire ont été transférées aux communes en 2010 et 2011. La participation des collectivités territoriales au financement de la santé a plus que doublé passant de 79 milliards en 2008 à 178 milliards en 2009. Cela s'explique entre autres par l'amélioration du circuit de collecte qui a presque touché toutes les communes du Burkina Faso en 2009.

### **3.7.4 Financement de la santé par les entreprises parapubliques et les employeurs du privé**

Le financement de la santé par les entreprises parapubliques et les employeurs du privé reste faible. En 2009, la contribution de ces structures s'élève à près de 6,5 milliards soit 5,5% de la contribution du secteur privé au financement de la santé. Le financement de la santé par les employeurs privés connaît une hausse depuis ces trois dernières années passant de 1,2% par rapport au financement total de la santé en 2007 à 2,2% en 2009.

### **3.7.5 Financement de la santé par les ménages**

La contribution des ménages s'élève à 109,53 milliards en 2009 contre 97,50 milliards de FCFA en 2008 ; ce qui représente respectivement 36,9% et 38,3% de la DNS. Les débours directs représentent presque 100% de la contribution des ménages aux dépenses de santé. Cette part contributive reste toujours élevée

<sup>4</sup> Dépenses communes interministérielles

malgré les efforts du gouvernement et ses partenaires pour réduire les dépenses de santé des ménages à travers les mesures de gratuité et de subvention de certains soins pour en favoriser l'accès notamment pour les plus pauvres.

### **3.7.6 Financement de la santé par l'assurance maladie**

Il n'existe toujours pas de couverture maladie généralisée à l'ensemble de la population. La contribution des ménages aux sociétés d'assurance privées et aux mutuelles de santé représente environ 0,5% ; ce qui explique la part importante de la contribution des ménages (36,9% ) dans la prise en charge des dépenses de santé. Le taux de couverture du risque maladie est resté très faible. Le système actuel de protection sociale est caractérisé par une très grande diversité dans son organisation et son fonctionnement et comporte les éléments de subvention et de gratuité.

Au titre de la gratuité, on note :

- la prise en charge des personnes indigentes ;
- la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ;
- la vaccination des enfants de moins de cinq ans et la supplémentation en vitamine A ;
- la prise en charge des cas de tuberculose, de lèpre, de ver de guinée et de filariose lymphatique ;
- la prise en charge des malades en période d'épidémie ;
- la consultation prénatale ;
- la distribution gratuite des MILDA aux femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans ;
- la gratuité du sang.

Au titre de la subvention, il y a les accouchements et SONU, les ACT, les contraceptifs et les soins promotionnels (consultations prénatales, la consultation post natale, le suivi des enfants sains, etc.).

### **3.7.7 Financement de la santé par les ONG/Associations**

Parallèlement aux ressources mobilisées dans le cadre des relations bilatérales et multilatérales, le secteur de la santé bénéficie d'un apport non négligeable des Organisations non gouvernementales (ONG) et des associations en tant qu'agents de financement.

La coopération décentralisée, notamment les jumelages, permet également de mobiliser des ressources matérielles et financières pour le secteur de la santé. Malheureusement, ces ressources ne sont pas maîtrisées, du fait des multiples portes d'entrée. En 2009, les ONG et Associations ont contribué au financement de la santé à hauteur de 0,007% de la contribution du secteur privé.

### **3.8. Analyse des principaux indicateurs**

Deux séries d'indicateurs ont été arrêtés par les Etats membres de la CEDEAO et la Mauritanie. Il s'agit des indicateurs de base et des indicateurs optionnels.

Les indicateurs de base permettent la comparaison des efforts faits par les Etats pour l'amélioration de l'état de santé des populations. Ce sont :

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

Quant aux indicateurs optionnels, ils permettent aux pays de faire des analyses plus spécifiques du financement des systèmes de la santé. Ce sont :

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

Les dépenses semblent avoir été efficaces du point de vu de la prévention car pour une part de 7,5% du PIB, 24,9% ont été consacrés aux soins préventifs contre 21,4% en 2008 avec un niveau sensiblement égal de la part des dépenses de santé dans le PIB (6,89%).

**Tableau 12 : Série des indicateurs de base de 2003 à 2009**

Intitulés	INDICATEURS DE BASE						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>1. Population</b>	12 419 677	12 722 570	12 880 980	14 017 262	14 252 012	14 731 167	15 224 780
<b>2. Dépenses totales en santé (milliard)</b>	136, 270	164, 076	202, 068	206, 591	219,996	254,24	296,677
<b>3. Dépenses des ménages (milliard)</b>	67, 824	73, 753	75,615	80,62	84,244	97,504	109,529
<b>4. Dépenses publiques en santé (milliard)</b>	34, 812	44, 208	48, 315	64, 395	68,668	79,56	104,365
<b>5. Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé</b>	25,50	26,90	23,90	31,17	31,21	31,29	35,18
<b>6. Dépenses de santé par habitant (F CFA)</b>	10 972	12 896	15 687	14 738	15 436	17 259	19 486
<b>7. Dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB</b>	5,50	6,10	6,80	6,47	6,77	6,89	7,53
<b>8. Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé</b>	49,80	45,00	37,40	39,02	38,29	38,35	36,92
<b>9. Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé</b>	–	–	10,23	25,80	20,09	21,44	24,92
<b>10. Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé</b>	–	–	10,42	21,25	26,30	22,98	28,12
<b>11. Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé</b>	–	–	46,26	32,04	29,47	29,05	18,83

Les dépenses de santé en pourcentage du budget sont en constante progression depuis 2003. On note aussi un rôle émergent des collectivités territoriales dans le financement de la santé (0,06%).

**Tableau 13 : Série des indicateurs optionnels de 2003 à 2009**

Intitulés	INDICATEURS OPTIONNELS						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>1. Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé</b>	20,50	26,80	35,00	29,33	29,32	29,12	25,71
<b>2. Dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres en % des dépenses totales de santé</b>	0,10	-	0,12	0,20	0,03	0,03	0,06
<b>3. Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat</b>	7,20	7,40	7,70	7,80	7,42	8,08	10,00
<b>4. Ratio des salaires payés par l'Etat sur les dépenses de santé de l'Etat</b>	26,70	35,30	31,40	21,40	36,72	35,84	33,40
<b>5. Ratio assurance maladie sur dépense totale de santé</b>	-	-	1,06	1,00	1,09	1,39	1,53
<b>6. Ratio assurance maladie sur dépense de santé des ménages</b>	-	-	2,82	2,30	2,85	3,61	4,15

## **IV. RESULTATS DU SOUS COMPTE PALUDISME 2009**

### **4.1. 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.

En 2009, le nombre total de cas de paludisme est de 4 539 984 dont 346 536 cas de paludisme grave, soit 8% de l'ensemble des cas. La létalité au niveau du paludisme grave est de 2,9% pour l'ensemble de la population et 3,4% en 2009 chez les enfants de moins de 5 ans contre 2,5% en 2008<sup>5</sup>.

En 2009, le paludisme était responsable respectivement de 45% des consultations, 54% des hospitalisations et 60,4% des décès dans les formations sanitaires.

Pour lutter efficacement contre le paludisme, le programme national de lutte contre le paludisme développe des stratégies de lutte s'inspirant des directives nationales de lutte antipaludique et des stratégies mondiales de lutte contre le paludisme. Les principales stratégies sont :

- 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 les moyens suivants:

- la communication ;
- la recherche opérationnelle ;
- la coordination et le partenariat ;
- le suivi et l'évaluation.

Le financement des activités de lutte contre la maladie en général et contre le paludisme en particulier est assuré par l'Etat, les partenaires extérieurs, les ONG/associations et surtout la contribution des ménages.

La lutte contre le paludisme au Burkina Faso a été marquée au cours des cinq dernières années par les principales actions inscrites dans le plan stratégique 2006-2010.

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

<sup>5</sup> Annuaire statistique 2009, DGISS

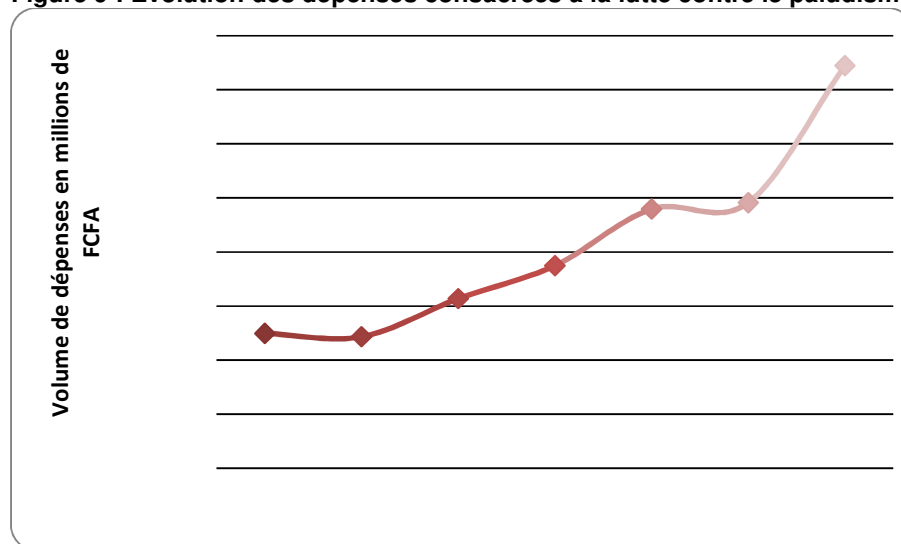
morbidité et la mortalité générales notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Ceci s'explique entre autres par :

- la faiblesse du système national de santé (capacité d'accueil des structures, plateau technique, système de référence/recours) ;
- l'insuffisance de la participation communautaire ;
- l'insuffisance communautaire 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 (faible disponibilité des ACT, faible utilisation des MILDA et des autres mesures préventives par les communautés) ;
- l'insuffisance dans le suivi et l'évaluation des interventions de lutte antipaludique à tous les niveaux.

#### 4.2. Volume de financement des dépenses du paludisme

En 2009, le volume des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme au Burkina Faso est estimé à 37,22 milliards de Francs CFA contre 24,55 milliards en 2008, soit une progression de 51,59%. Le graphique 7 indique l'évolution de ces dépenses depuis 2003.

Figure 9 : Evolution des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme de 2003 à 2009.



Sources : CNS 2003 à 2008

#### 4.3. Sources de financement des dépenses du paludisme

Les dépenses dans le domaine du paludisme au Burkina Faso sont financées principalement par des ressources financières privées et publiques.

L'apport du secteur privé représentait en 2009 plus des deux tiers des fonds entrant dans le cadre de la lutte contre le paludisme soit 67, 54% ; celui du secteur public était de 20,02%. La contribution du reste du monde est à 12,43%.

Les parts du secteur privé et du secteur public dans le financement du paludisme ont connu un accroissement constant en valeur absolue. Seule la part du reste du monde a connu une baisse en 2009. Par rapport à 2008, les parts relatives du secteur privé et du reste du monde dans les dépenses ont augmenté en 2009 passant respectivement de 62,85% à 67,55% pour le privé et de 11,44% à 12,43% pour le second tandis que celle du public a baissé passant de 25,71% 2008 à 20,02% en 2009.

La part relative du secteur privé dans les dépenses attribuées à la lutte contre le paludisme a connu une évolution en dents de scie passant respectivement de 75,87% en 2006 à 63,57% en 2007, puis à 62,85% en 2008 et à 67,55% en 2009.

La contribution du secteur public, est de 11,8% en 2006, 25,08% en 2007, 25,71% en 2008 et 20,02 en 2009. On note une baisse importante de la part contributive du secteur public entre 2008 et 2009.

Quant au reste du monde, ses apports ont connu d'abord une légère diminution entre 2006 et 2007 avant de reprendre une importance entre 2008 et 2009.

**Tableau 14 : Volume des dépenses annuelles par source de financement du paludisme de 2006 à 2009.**

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	11,8	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
2009	25 265 562	67,55	11 952 527	20,02	5 833	12,43	37 223 923

#### **4.4. Agents de financement des dépenses du paludisme**

Le financement consacré à la lutte contre le paludisme en 2009 a été distribué principalement à trois classes d'agents. Le secteur privé vient en tête avec 67,87% suivi du secteur public avec 32,11%. Enfin le reste du monde a mobilisé 0,02% des financements. Ce classement est resté le même depuis 2006 (confère tableau 15).

**Tableau 15 : Répartition des financements consacrés au paludisme selon les agents de financement de 2006 à 2009**

Volume des dépenses (en millier de FCFA)							
Année	secteur privé		Secteur Public		Reste du monde		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
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
2009	25 265 562	67,87	11 952 527	32,11	5 833	0,02	37 223 923

Sources : CNS 2006, 2007 et 2008

#### 4.5. Prestataires de services

Les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux viennent en tête avec 62,85% et 43,87% des financements respectivement en 2008 et 2009. Ils sont suivis par les hôpitaux avec 33,43% en 2008 et 29,20% en 2009 et par les prestataires de soins ambulatoires avec 0,08% en 2008 et 14,33% en 2009. Les institutions fournissant des services sanitaires connexes ont reçu 2,31% en 2009 contre 3,25% en 2008 des financements.

Les deux prestataires qui ont reçu le moins de financement sont l'administration générale de la santé et de l'assurance maladie (2,47 %) et les autres prestataires de services de santé (0,31%)

Le changement le plus remarquable est constaté au niveau des détaillants et autres distributeurs de biens médicaux d'une part et les hôpitaux d'autre part où les parts ont chuté respectivement de près de 19 points et 4 points en passant de 62,85% à 43,87% pour les premiers et 33,43% à 29,20% pour les seconds entre 2008 et 2009. En revanche, la part des financements reçus par les prestataires des soins ambulatoires a enregistré un bon de 14 points, passant de moins de 1% à 14,33% pendant la même période.

**Tableau 16 : Les prestataires de services et leur financement en 2007 à 2009**

Prestataires	Année 2007		Année 2008		Année 2009	
	Montant (x1000)	%	Montant (x1000)	%	Montant (x1000)	%
Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	242 863	1,01	94 949	0,39	918 740	2,47
Autres prestataires de services de santé	4 216	0,02	284	0	117 085	0,31
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	15 221 590	63,49	15 433 810	62,85	16 330 943	43,87
Fourniture et gestion de programmes de santé publique	-	-	-	-	2 464 161	6,62
Hôpitaux	6 871 904	28,66	8 209 579	33,43	10 869 320	29,2
Institutions fournissant des services sanitaires connexes	712 897	2,97	797 295	3,25	861 332	2,31
Prestataire non spécifié par type	-	-	-	-	328 325	0,88
Prestataires de soins ambulatoires	919 908	3,84	19 616	0,08	5 334 013	14,33
<b>Total</b>	<b>23 973 379</b>	<b>100</b>	<b>24 555 533</b>	<b>100</b>	<b>37 223 923</b>	<b>100</b>

#### **4. 6. Classification des dépenses du paludisme par fonction et par prestataire**

Les dépenses des prestataires sont orientées essentiellement vers les moustiquaires imprégnées (31,26%), les produits pharmaceutiques et les autres biens médicaux non durables (20,68%) et les soins curatifs en milieu hospitalier (17,28%). Le poids des moustiquaires dans les dépenses des prestataires s'est accru de plus de 23 points passant 8,02% en 2008 à 31,26% en 2009. Cela s'explique par les dépenses liées à l'acquisition de moustiquaires traitées aux insecticides par les ménages.

Si en 2006, les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables représentaient l'essentiel des dépenses (95%), la part de cette fonction a sensiblement baissé pour se situer à 62,85% en 2008 et 20,68% en 2009

Les soins curatifs en milieu hospitalier occupent le troisième rang des dépenses effectuées par les prestataires en 2009 avec 17,28% des dépenses. Cependant, cette catégorie de dépenses a connu une chute entre 2007 et 2008, passant de 22,45% à 17,03% avant de remonter à 17,28% en 2009.

La prévention des maladies transmissibles qui occupe le quatrième rang des fonctions en termes de dépenses réalisées par les prestataires, a connu également une évolution significative passant de 8,47% en 2008 à 10,11% en 2009.

**Tableau 17 : Répartition des dépenses du paludisme par fonction de 2006 à 2009 (X1000)**

Fonctions	2006		2007		2008		2009		
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	
<b>Administration de la santé et Assurance Maladie</b>	Activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale	83 268	0,34	156 990	0,65	94 949	0,39	16 804	0,05
	Administration générale de santé : publique sauf sécurité sociale		0,00		0,00		0,00	915 457	2,46
	Assurances sociales privées		0,00		0,00		0,00	960	0,00
<b>Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires</b>	Appareils thérapeutiques & autres biens médicaux durables		0,00		0,00		0,00	1 041 424	2,80
	Moustiquaires imprégnées	262 237	1,07	330 428	1,38	1 969 335	8,02	11 634 413	31,26
	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	23 269 696	94,69	15 221 940	63,50	15 433 810	62,85	7 699 645	20,6
<b>Fonctions sanitaires connexes</b>	Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé		0,00		0,00		0,00	2 220	0,01
	Recherche et développement dans le domaine de la santé	958 976	3,90	712 897	2,97	797 295	3,25	861 332	2,31
<b>Service de prévention et de santé publique</b>	Prévention des maladies transmissibles		0,00	97 361	0,41	2 079 181	8,47	3 764 025	10,11
<b>Services auxiliaires</b>	Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes		0,00		0,00		0,00	1 179 457	3,17
<b>Services de soins curatifs</b>	Soins curatifs ambulatoires		0,00	2 072 491	8,64		0,00	3 674 908	9,87
	Soins curatifs en milieu hospitalier (médicaments, labo, radio, frais adm)		0,00	5 381 272	22,45	4 180 963	17,03	6 433 276	17,28
<b>TOTAL</b>	<b>24 574 177</b>	<b>100</b>	<b>23 973 379</b>	<b>10</b>	<b>24 555 533</b>	<b>100</b>	<b>37 223 923</b>	<b>100</b>	

## **V. RESULTATS DU SOUS COMPTE TUBERCULOSE 2009**

### **5.1 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 le *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 mis en place. Ce programme 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.

La tuberculose reste encore un problème de santé prioritaire au Burkina Faso en 2009 avec 4 411 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues. La tranche d'âge de 15-49 ans est la plus touchée.

L'application du Traitement directement observé (TDO) depuis 1995 a permis d'augmenter le taux de succès au traitement de 72,2% en 2007 à 76,22% pour la cohorte de 2009.

Dans le Rapport global TB 2007 de l'OMS, 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 (14 017 256 habitants) en 2006, représente respectivement 13 877 cas de TPM+ et 31 259 cas de tuberculose toutes formes confondues.

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.

#### **5.1.1. Détection et traitement des cas**

##### **5.1.1.1. Stratégie de dépistage et traitement**

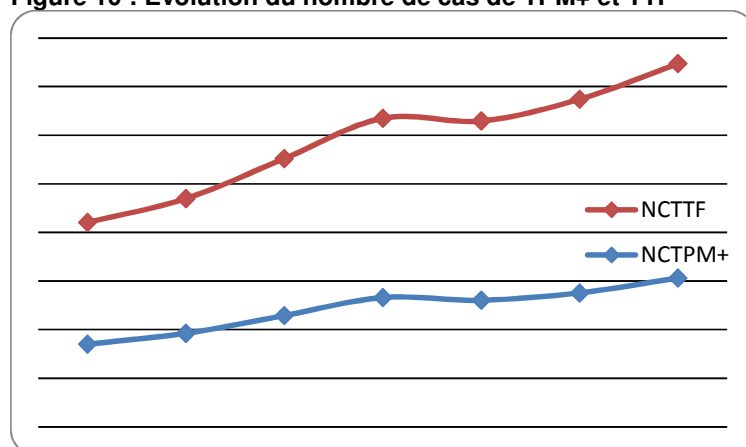
Le dépistage est passif et basé sur l'examen microscopique des frottis d'expectoration pour tous les malades symptomatiques, notamment tout tousseur de plus de deux semaines, qui se présente spontanément aux services de santé.

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.

### 5.1.1.2. Evolution du nombre de cas de tuberculose dépistés de 2006 à 2009

Le nombre de cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) a évolué, passant de 2 660 cas en 2006, 2 605 en 2007, 2 757 en 2008 et 3061 cas en 2009.

Figure 10 : Evolution du nombre de cas de TPM+ et TTF



Source : Rapport d'activité PNT 2010

Le nombre de nouveaux cas de TPM+ dépistés en 2009 est 3 061, 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.

### 5.1.2 Recherche active des absents au traitement et des perdus de vue

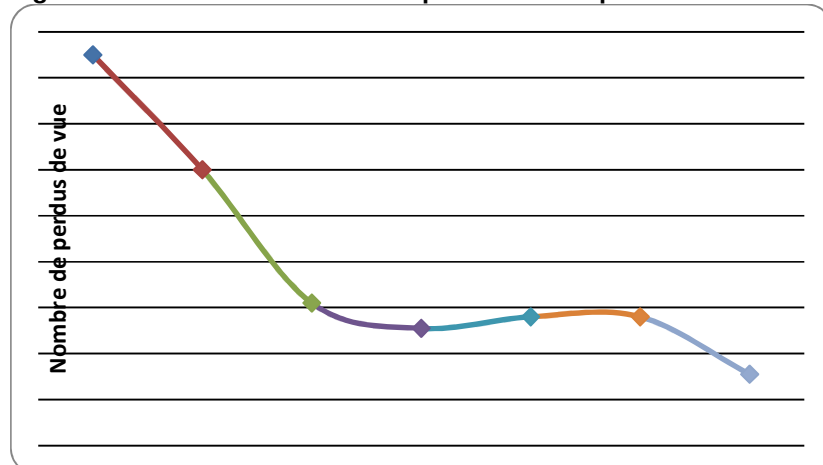
#### - Brève présentation de la stratégie

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 et principaux résultats enregistrés

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 :

Figure 11 : Evolution des malades perdus de vue pour la tuberculose



Source : Rapport d'activité PNT 2010

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

Le taux de perdus de vue qui est passé de 5,6% en 2007 à 3,5% en 2009, se trouve dans la fourchette de moins de 5% préconisée par l'OMS;

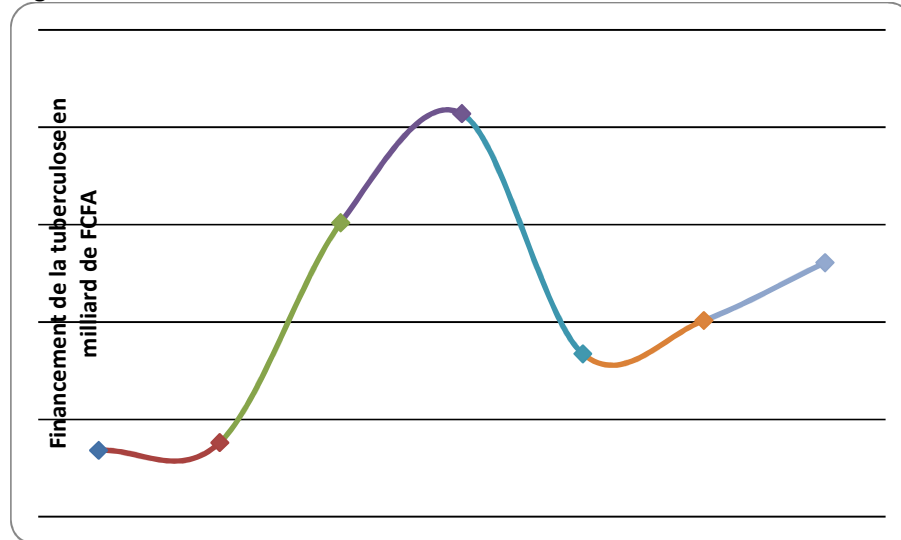
Toutefois, le taux d'échec au traitement connaît une augmentation passant de 7% en 2007, à 8,5% en 2009. Quant aux décès, malgré la baisse progressive depuis 2007, il reste toujours élevé (10% en 2009) et constitue avec les échecs au traitement, une préoccupation pour le PNT. La recherche de perdus de 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.

## 5.2. Volume de financement des dépenses de la tuberculose de 2003 à 2009

Les financements de la tuberculose sont évalués à 1,30 milliard de FCFA en 2009 contre 1,01 milliard de FCFA en 2008 soit une progression de 22,76%.

Sur la période de 2003 à 2009, les années 2005 et 2006 ont enregistré les plus gros financements avec l'intervention de nouveaux partenaires financiers tels que le Fonds Mondial (figure 10).

Figure 12 : Financement de la tuberculose de 2003 à 2009 en milliard FCFA



Source : CNS 2003 à 2008

### 5.3. Sources de financement des dépenses de la tuberculose

Le financement de la tuberculose est principalement assuré par deux sources de financement à savoir l'Etat et le reste du monde à travers le fonds mondial. La part du financement de l'Etat est relativement faible et reste inférieure à 20%. 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. Sa part relative au financement total s'élève à 89,4% en 2009. Elle était de 88,01%, 82,8% et 91,1% respectivement en 2008, 2007 et 2006. Commencée en 2005, l'intervention du Fonds mondial dans la lutte contre la tuberculose reste la principale source de financement avec plus de 3,83 milliards de FCFA injectés entre 2006 et 2009. Le Burkina Faso bénéficie aussi de cette source de financement dans la lutte contre le paludisme et le VIH et le Sida (confère tableau 18).

La contribution des ménages au financement de la tuberculose est faible voire inexistante de 2003 à 2009. Ce qui est normal suivant la politique nationale de gratuité des soins pour les malades de la tuberculose. 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. Ce qui nécessite la poursuite de la communication à l'endroit des malades.

**Tableau 18 : Volume des dépenses annuelles par source de financement de 2006 à 2009**

Volume des dépenses ( en millier de FCFA)

Année	Secteur privé		Secteur Public		Reste du monde		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
2006	19 596	0,94	165 500	7,97	1 891 657	91,09	<b>2 076 753</b>
2007	1 125	0,14	141 068	17,05	685 367	82,82	<b>827 560</b>
2008	-		120 838	11,99	887 25	88,01	<b>1 008 095</b>
2009	-		138 498	10,61	1 166 906	89,39	<b>1 305 404</b>

#### 5.4. Agents de financement

Les agents de financement dans la lutte contre la tuberculose sont logés principalement 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 celles du reste du monde.

En 2009, tout comme en 2008, la quasi-totalité (plus de 99%) des financements a transité par le secteur public (confère tableau 19). Par contre en 2006, on avait observé une forte prédominance du reste du monde (55,2%) à travers le Programme des nations unies pour le développement (PNUD).

Au Ministère de la santé, les financements transitent par 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 et LE Sida et les infections sexuellement transmissibles (SP/CNLS).

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

**Tableau 19 : Evolution des financements de la tuberculose par agent de financement de 2006 à 2009**

Année	Secteur privé		Secteur Public		Reste du monde		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
2006	236 998	11,4	693 774	33,41	1 145 981	55,18	2 076 753
2007	11 245	1,34	825 736	98,66	-		836 981
2008	5 277	0,52	1 001 703	99,37	1 115	0,11	1 008 095
2009	0		1 305 405	100,00	0	0,00	1 305 405

## 5.5. Prestataires de services

On distingue globalement quatre types de prestataires :

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

Par rapport à l'année 2007, on observe en 2008 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. Par contre, en 2009, les financements au niveau des hôpitaux ont connu une baisse sensible de 26,19 points par rapport à l'année précédente (confère tableau 20). Plus de 3/4 des financements de la tuberculose ont été orientés en 2009 vers les prestataires de soins ambulatoires alors que pour les années antérieures plus de la moitié était orienté vers l'administration générale de la santé et de l'assurance maladie.

**Tableau 20 : Evolution des financements de la tuberculose par prestataire de 2007 à 2009**

Prestataires	Fonds reçus X 1000					
	2007	%	2008	%	2009	%
<b>Administration générale de la santé et de l'assurance maladie</b>	672 504	80,28	536 963	53,27	69 574	5,33
<b>Autres prestataires de services de santé</b>	26 282	3,14	43 932	4,36	48 472	3,71
<b>Hôpitaux</b>	107 421	12,82	397 554	39,44	173 027	13,25
<b>Prestataires de soins ambulatoires</b>	31 473	3,76	29 647	2,94	1 014 330	77,70
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>837 680</b>	<b>100,00</b>	<b>1 008 096</b>	<b>100,0</b>	<b>1 305 403</b>	<b>100,00</b>

## 5.6. Classification par fonction des dépenses de la tuberculose

L'analyse des fonctions de soins montre que les soins curatifs occupent la part la plus importante en 2009. Ces soins sont essentiellement ambulatoires. Entre 2008 et 2009, leur financement a presque triplé passant de 327 millions de FCFA à 962 millions de FCFA. La majorité de ces financements est orientée vers les prestataires de soins ambulatoires (77,76%).

Les fonctions sanitaires connexes ont occupé 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.

Au cours de la période 2007 à 2009, 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.

**Tableau 21: Répartition des financements par fonction de soins et par prestataire en 2009 (x 1000)**

<b>Fonctions</b>	<b>Hôpitaux</b>	<b>Proportion (%)</b>	<b>Prestataires de soins ambulatoires</b>	<b>Proportion (%)</b>	<b>Total général</b>
<b>Service de prévention et de santé publique</b>	-	-	225537	22,24	343584
<b>Services de soins curatifs</b>	173027	100	788792	77,76	961819
<b>Total général</b>	173027	100	1014329	100,00	1305403

## **VI. RESULTATS DU SOUS COMPTE VIH et le Sida**

Dans cette section, il est présenté les grands agregats relatifs au financement du VIH et le Sida à savoir le volume de financement des dépenses, les sources de financement et les prestataires. Au préalable, un aperçu sur la situation du VIH au Burkina Faso est abordé.

### **6.1. Aperçu sur la situation du VIH et le Sida au Burkina Faso**

Selon le rapport 2010 de l'ONUSIDA, la prévalence du VIH est estimée 1,2% en fin 2009 dans la population adulte<sup>6</sup>.

Les statistiques 2009 sur le VIH et le Sida montrent que environ:

- 110 000 personnes vivent avec le VIH ;
- 7 100 décès sont dus au Sida ;
- 135 000 enfants sont orphelins du fait du Sida.

En 2009, le nombre de cas de Sida notifiés est de 5 179 contre 5 136 en 2008 soit une hausse de 1%. Le tableau 22 montre que les plus grands nombres de cas notifiés sont enregistrés dans les régions des Hauts-Bassins (17,73%), du Centre (13,34%) et de la Boucle du Mouhoun (13,09%). . Les plus faibles proportions sont observées au Sahel (1,68%) et à l'Est (3,32%).

En termes d'incidence, la région des Cascades enregistre le plus fort taux d'incidence (8,1 pour 10 000 habitants) tandis que les plus faibles taux d'incidence sont observés dans les régions du Sahel (0,8 pour 10 000), de l'Est (1,3 pour 10 000 habitants) et du Centre-Nord (1,4 pour 10 000 habitants).

---

<sup>6</sup> Estimation faite à partir des logiciels EPP (Epidemiologic Projection Package) et Spectrum avec un intervalle [1,4-1,9]

**Tableau 22 : Notification des cas de Sida en 2009 par région et par district sanitaire**

Région administrative	Population par région	Cas notifiés par région	Incidence pour 10 000	Proportion (%)
Boucle du Mouhoun	1 543 113	678	4,4	13,09
Cascades	589 741	476	8,1	9,19
Centre	1 953 669	691	3,5	13,34
Centre-Est	1 223 956	385	3,1	7,43
Centre-Nord	1 295 189	177	1,4	3,42
Centre-Sud	684 503	263	3,8	5,08
Centre-Ouest	1 273 300	414	3,3	7,99
Est	1 323 234	172	1,3	3,32
Hauts-Bassins	1 604 875	918	5,7	17,73
Nord	1 270 125	469	3,7	9,06
Plateau Central	743 844	196	2,6	3,78
Sahel	1 051 494	87	0,8	1,68
Sud-Ouest	667 737	253	3,8	4,89
<b>Total</b>	<b>15 224 780</b>	<b>5 179</b>	<b>3,4</b>	<b>100</b>

*Source* : Annuaire statistique 2009 DGISS/Ministère de la Santé

## 6.2. Volume de financement des dépenses du VIH et le Sida

Les dépenses du VIH et le Sida sont de 19,70 milliards de FCFA en 2009. Elles étaient de 21,28 milliards de FCFA en 2006 soit une régression de 7,46% entre ces deux périodes. Cette régression s'expliquerait par l'amélioration du circuit de collecte permettant de mieux appréhender les dépenses purement de santé et la rareté des ressources extérieures de plus en plus dans le financement du VIH/ Sida.

**Tableau 23 : Situation globale des dépenses du sous-compte VIH ( en millier de FCFA)**

Années	Dépenses sous-compte VIH	Evolution des dépenses SC/VIH (%)
2006	21 284 160	
2009	19 696 917	<b>-7,46</b>

## 6.3. Sources de financement des dépenses du sous compte VIH

Les sources de financement de la réponse nationale au Sida sont constituées des financements intérieurs et extérieurs.

Les financements intérieurs sont constitués des fonds du secteur public (budget de l'Etat) à hauteur de 35,87% et les fonds du secteur privé (autofinancement des entreprises, fonds des ménages et fonds propres des institutions à but non lucratives) pour 1,50%.

Les financements extérieurs (Reste du monde) comprennent les fonds fournis par les partenaires bilatéraux, les multilatéraux, les ONG internationales et les Fondations. Leur contribution au financement du VIH/ Sida est de 62,63% en 2009. Cette contribution était de 81,77% en 2006, soit une diminution de 19,14 points en deux (02) ans.. Les ressources extérieures restent toujours de ce fait la principale source de financement de la lutte contre le VIH et le Sida au Burkina Faso.

Quant au secteur intérieur (privé et public), la contribution globale est en hausse entre 2006 et 2009. A titre comparatif, la contribution de ce secteur est passée de 18,24 en 2006 à 37,37% en 2009. Cependant, la contribution du secteur privé (ménages et autres contributions des entreprises et ONG/OBC locales) est passée de 9,48 % en 2006 à 1,50% en 2009. Cette baisse est compensée par la contribution du public qui est en forte croissance (8,75% en 2006 et 35,87% en 2009).

La situation consolidée des dépenses par source de financement est présentée dans le tableau 24.

**Tableau 24 : Source de financement des dépenses VIH et le Sida**  
Volume des dépenses (x1 000)

Année	Secteur privé		Secteur Public		Reste du monde		Total FCFA
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
2006	2 017 242	9,48	1 863 634	8,76	17 403 284	81,77	21 284 160
2009	295 843	1,50	7 065 323	35,87	12 337 751	62,63	19 698 917

#### 6.4. Agents de financement des dépenses du sous compte VIH

Les ressources destinées au financement des dépenses du sous compte VIH ont principalement transité par le secteur public en 2009. Sur un montant total de 19,70 milliards, 17,29 milliards soit 87,72% sont passés par le public. Le reste du monde et le secteur privé ont participé respectivement pour 2,74% et 9,54% à la distribution des ressources en 2009.

Sur la période 2006 à 2009, le secteur public reste le principal agent de financement. Ceci montre que la décision d'utilisation des fonds ou d'orientation de la politique nationale de lutte contre le Sida relève du domaine du pouvoir public national.

**Tableau 25: Agents de financement des dépenses VIH et le Sida (x1000)**

Année	Secteur privé		Secteur Public		Reste du monde		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
2006	2 017 242	9,48	1 863 534	8,75	17 403 284	81,77	21 284 160
2009	1 878 591	9,54	17 280 790	87,72	539 537	2,74	19 698 917

#### 6.5. Prestataires de services du sous compte VIH

La repartition des dépenses par prestataire de service laisse apparaître que 27,93% de celles-ci ont été principalement effectuées au niveau de l'Administration générale de la santé et de l'assurance maladie. Ces prestataires sont suivis de fourniture et gestion de programmes de santé publique pour 27,26%, et des hôpitaux pour 23,19%.

Les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux et les autres prestataires de service de santé ont effectué les plus faibles parts des dépenses soit respectivement 0,24% et 2,52%.

**Tableau 26 : Distribution des dépenses par prestataire en 2009**

Prestataires	Montant	%
Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	5 501 844 121	27,93
Fourniture et gestion de programmes de santé publique	5 370 614 351	27,26
Hôpitaux	4 568 494 552	23,19
Prestataires de soins ambulatoires	3 007 519 888	15,27
Autres prestataires de services de santé	705 329 415	3,58
Institutions fournissant des services sanitaires connexes	495 699 319	2,52
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	48 046 807	0,24
Prestataire non spécifié par type	1 368 987	0,01
<b>Total général</b>	<b>19 698 917 440</b>	<b>100,00</b>

## 6.6. Classification par fonction des dépenses du VIH et le Sida

La repartition des dépenses par fonction montre une prédominance du service de prévention et de santé publique (43,19%) suivie des soins curatifs (31,55%) et l'administration de la santé et assurance maladie (12,38%).

Tableau 27 : Distribution des dépenses par fonction (FCFA)

Fonction	Montant	%
<b>Service de prévention et de santé publique</b>	<b>8 507 372 240</b>	<b>43,19</b>
Services de soins curatifs	6 215 130 014	31,55
Administration de la santé et assurance maladie	2 438 191 761	12,38
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	994 361 803	5,05
Fonctions sanitaires connexes	804 253 719	4,08
Services auxiliaires	739 607 903	3,75
<b>Total général</b>	<b>19 698 917 440</b>	<b>100,00</b>

Du fait des multiples campagnes de sensibilisation et de la thérapie antirétrovirale, la fonction de Service de prévention et de santé publique occupe la première place (43,19%) dans l'utilisation des ressources, vient ensuite celle des Services de soins curatifs (31,55%). Les Fonctions ayant reçu peu d'allocations en ressources sont les fonctions de services auxiliaires (3,75%) et les fonctions sanitaires connexes (4,08%).

## Limites de la méthodologie

L'analyse des sous compte compte VIH/ Sida a des limites parmi lesquelles on peut citer :

- l'analyse des ressources et dépenses de la période écoulée en termes de dépenses réellement effectuées qui ne permet pas de faire ressortir l'écart entre les ressources mises à disposition et les montants transférés ou investis ;
- la difficulté de réaliser une estimation exhaustive des interventions de l'État et des coûts des intrants notamment en cas de cofinancement des activités, du fait de l'absence de la tenue d'une comptabilité analytique par les structures du secteur public et par certains prestataires ;
- la non exhaustivité des dépenses de ménages où, en effet seules les dépenses visibles sont cernées (traitement IO, préservatifs, transport, ARV, services des tradipraticiens, etc.) ;
- la sous estimation des dépenses publiques (exonérations, charges de personnel pas suffisamment prises en compte) ;
- collecte non exhaustive dans les régions sanitaires ; elle s'est limitée aux chefs lieux de région.
- Les dépenses des ménages non exhaustives mais qui prennent en considération les dépenses effectuées au niveau des prestataires des services de diagnostic et de traitement des personnes vivant avec le Sida a nécessité une estimation basée sur des indicateurs de production de services (nombre d'examens, d'hospitalisations, de consultations externes, etc.) et des rapports sur les coûts moyens dans les secteurs public et privé.

## Recommandations

Outre les dispositions à prendre pour rendre les informations disponibles selon les besoins du rapport, il conviendrait :

- de revoir l'allocation des ressources selon les populations bénéficiaires et la prévalence du VIH dans un souci d'équité ;
- d'effectuer et de présenter une désagrégation des données par type de facteurs de production.
- d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités des producteurs de données en vue d'améliorer la qualité des données fournies.

## CONCLUSION

L'élaboration des Comptes nationaux de la santé et des sous comptes VIH et le Sida, tuberculose et paludisme de 2009 du Burkina Faso a permis d'analyser les dépenses de santé par source de financement, par agent de financement, par prestataire et par fonction. Les comptes ont également fait ressortir le poids de la contribution des partenaires, pour le financement de ces trois maladies prioritaires.

Les dépenses totales de santé en 2009 du Burkina Faso sont de 296,67 milliards de FCFA soit 7,56% du PIB. Elle était de 220 milliards de FCFA en 2007 et 254,24 milliards de FCFA en 2008.

Le budget alloué au Ministère de la santé est passé de 65,67 milliards de francs CFA en 2008 à 64,67 milliards de FCFA en 2009 soient respectivement 10,80% et 11,54 % par rapport au budget de l'Etat hors dettes et hors dépenses communes interministérielles. Cependant, Il reste tout de même toujours 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 touchent qu'une faible partie de la population.

Les paiements directs des ménages constituent la principale source de financement du système de santé. En 2009, la contribution des ménages a connu un accroissement de 12,33%. Dans les dépenses de lutte contre le paludisme, le financement des ménages a été de 67,55% en 2009. Cette situation n'est point adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont, en général et imprévisibles. 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 43,9% 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 à 81,8% en 2007 et 88% en 2008 et 100% en 2009. Pour les dépenses en matière de VIH et le Sida, le reste du monde reste la principale source de financement suivi du secteur public avec respectivement 62,6% et 35,8% du volume total de financement. La distribution des dépenses par fonction laisse apparaître une prédominance des fonctions de service de prévention de santé publique (43,2%) suivie des services de soins curatifs (31,5%).

Les recommandations suivantes peuvent être formulées sur la base des résultats des comptes nationaux de la santé 2009 :

- 1) sur le processus d'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé, il s'agit de :**

- poursuivre la formation des acteurs du Ministère de la santé impliqués dans l'élaboration des comptes nationaux de la santé, afin de renforcer leurs compétences ;
- mettre en place un dispositif de collecte systématique des données du secteur privé ;
- prévoir de façon judicieuse les ressources financières pour la production régulière des CNS par l'inscription d'une ligne dans le budget de l'Etat;
- poursuivre l'élaboration et le bilan du plan d'action du ministère de la santé, afin de réduire le temps et le coût de production des comptes nationaux de la santé. Le plan d'action du Ministère de la santé permet avant l'élaboration des comptes nationaux de la santé de disposer d'une base de données de l'ensemble des dépenses effectuées par les prestataires de soins publics et le niveau central ;

**2) En matière de politique de santé, il s'agit de :**

- donner la priorité à la prévention dans le cadre de l'allocation des fonds additionnels du paludisme. Par conséquent au niveau des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires du paludisme, il importe de mettre l'accent sur la prévention (moustiquaires, lutte anti vectorielle pour inverser la tendance du financement qui est prioritairement orienté vers les soins curatifs ;
- renforcer la connaissance des dispositifs mis en place pour réduire les dépenses de santé des ménages ; par une étude du niveau des réductions ou exonérations fiscales faites annuellement par l'état sur les biens médicaux à l'importation. En effet, comme le montre les résultats les dépenses directes des ménages sont essentiellement orientées vers l'achat des médicaments. Ainsi, alléger les dépenses de santé des ménages revient à avoir une grande maîtrise de la facturation effectuée par les officines pharmaceutiques ;
- poursuivre les mesures de subvention et de gratuité de certains soins dans le cadre de la protection sociale y compris les filets sociaux de sécurité en vue d'améliorer l'accès financier aux services de santé pour les plus pauvres ;
- faire le plaidoyer auprès du Ministère du travail et de la sécurité sociale pour l'accélération de la mise en place du système national d'assurance maladie ;
- initier une réflexion sur l'analyse de la relation non linéaire entre la croissance du PIB par tête et la dépense nationale de santé par tête d'habitant. En effet l'impact des politiques publiques de santé devrait contribuer à élever le niveau de vie et du capital humain ; permettant

ainsi de faire de la dépense de santé un levier de la croissance économique ;

- la politique de financement devrait plaider pour un accroissement des dépenses publiques de santé. Le principe de l'additionnalité des financements publics doit être renforcé pour les programmes de santé. Ainsi, il est recommandé que l'atteinte de l'objectif des 15% de la déclaration d'Abuja par le Burkina Faso soit couplée des montants dépensés, car il existe un décalage entre les montants alloués et les montants dépensés, pour ce qui est des financements publics ;
- Accroître les financements sur la santé afin d'atteindre les normes internationales (Dép/hbts, Dép de santé/PIB, Dép de santé/ budget de l'Etat)
- Accroître la contribution des collectivités territoriales dans le financement de la santé ;

**3) Au titre du processus pratique de l'élaboration des CNS, il s'agit de :**

- élaborer une note de politique annexée à l'intention des décideurs ;
- réviser les méthodes de collecte des données afin de les adapter aux structures nationales ;
- familiariser les membres de l'équipe technique sur le SHA 2 ;
- utiliser le SHA 2 pour la production des CNS 2010 ;
- mener des réflexions pour la mise en place de réseaux de partage d'expérience dans l'espace UEMOA ;
- Mener des réflexions sur la réalisation des CNS régionaux ;
- élaborer le sous-compte santé de la reproduction (SR) afin de disposer de données actualisées car les derniers comptes SR datent de 2005 ;
- renforcer les ateliers de diffusion des résultats des CNS afin de rapprocher les résultats des décideurs.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Rapports des Comptes Nationaux de la Santé, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 et 2008
2. Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé, 2005
3. Lois de finances, 2008 et 2009
4. Annuaire statistique du Ministère de la Santé, 2006, 2007, 2007 et 2009
5. Plan 2006-2010 de mise en œuvre du PNDS
6. Bilan du plan d'action 2009 du Ministère de la santé
7. Revue du secteur de la santé pour l'année 2009, mars 2010
8. Document politique de financement de la santé
9. Bilan du Programme d'Investissement Public (PIP) 2007 et 2008
10. Enquête sur le suivi du CSLP des services déconcentrés du Ministère de la santé et du Ministère, INSD, 2008
11. Rapport de mise en œuvre du CSLP 2007, commission sectorielle chargée de la santé-nutrition et du VIH ET LE SIDA, février 2008
12. Investir dans la santé résume des conclusions de la commission macroéconomie et santé, Organisation mondiale de la santé
13. Note technique : situation économique et financière du Burkina Faso en 2008 et tendances pour 2009-2012, ministère de l'économie et des finances comite de prévision et de conjoncture, février 2009
14. Etude et résultat, les comptes nationaux de la santé 2006, Anni Fenina et Yve Geffroy, N°593 septembre 2007
15. Rapport provisoire d'activités programme national Tuberculose, Année 2010
16. Rapport sur l'estimation des ressources et des dépenses de lutte contre le VIH et le sida en 2009, Burkina Faso

## LISTE DES MEMBRES DE L'EQUIPE TECHNIQUE

<b>NOM ET PRENOM</b>	<b>STRUCTURES</b>
OUEDRAOGO Boureima	DGISS
DOUAMBA J.O. Edouard	DSS/DGISS
SOME T. Romaric	DEP
Dr. COULIBALY Sidi	DSM/DGISS
ZIDA André	DSS/DGISS
ZOMA Lamoussa	DIBAD/DGISS
Dr. TRAORE Abdoulaye	UFR/SDS
Dr. VALEA Dieudonné	DGPS
NITIEMA P. Abdoulaye	DEP
TIENDREBEOGO Tahirou	DEP
NASSA T. Simon	DSS/DGISS
ZONGO Yousouf	DSS/DGISS
SOMDA Serge	Centre Muraz
TINGUERI Rose	DSS/DGISS
TRAORE Adama	CRS-Nouna
ILLY Abel	DSM/DGISS
TOGUIYENI Seydou	DSS/DGISS
SAWADOGO Janvier	DSM/DGISS
BELEMSAGA Danielle	IRSS
PARE Lassina	INSD
ZONGO Oumarou	DAF/Santé
SEDGO Pascal	DSS/DGISS
OUATTARA Kadio	DSM/DGISS
OUEDRAOGO Rigobert	SP/CNLS

# **ANNEXES**

## Compte global HF X FS

		FS - Agr			
HF-Agr	HF-Name	Fonds privés	Fonds publics	Fonds RdM	Total général
Reste du Monde	Coopération bilatérale			429 012 631	429 012 631
	Coopération multilatérale			284 854 796	284 854 796
	Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales			37 758 078	37 758 078
	NSK			22 658 919	22 658 919
Total Reste du Monde				<b>774 284 424</b>	<b>774 284 424</b>
Secteur privé	Associations nationales confessionnelles	1 663 188			1 663 188
	Associations nationales non confessionnelles	17 701 716		1 750 790 578	1 768 492 294
	Entreprises paraétatiques	722 199 606		12 171 343	734 370 949
	Entreprises privées	414 495 476		235 850 136	650 345 612
	Mutuelles de santé	775 802 979	161 262 186	1 132 600	938 197 765
	ONG nationale	11 110 700		30 648 925 684	30 660 036 384
	Sociétés d'assurances privées	4 545 473 600			4 545 473 600
	Versements directs des ménages	108 823 088 935			108 823 088 935
Total Secteur privé		<b>115 311 536 200</b>	<b>161 262 186</b>	<b>32 648 870 341</b>	<b>148 121 668 727</b>
Secteur public	Autres		3 786 000	245 638 801	249 424 801
	Caisse et Institut National de Sécurité Sociale	706 441 590			706 441 590
	Collectivités territoriales/ locales		176 197 024		176 197 024
	Ministère de la Défense		117 161 000		117 161 000
	Ministère de la santé	3 977 000	96 842 442 116	33 616 453 819	130 462 872 935
	Présidence du Faso (SP/CNLS)		7 064 060 157	9 004 926 622	16 068 986 779
Total Secteur public		<b>710 418 590</b>	<b>104 203 646 297</b>	<b>42 867 019 242</b>	<b>147 781 084 129</b>
Total général		<b>116 021 954 790</b>	<b>104 364 908 483</b>	<b>76 290 174 007</b>	<b>296 677 037 280</b>

## Compte global HPXHF

HP-Agr	HF-Agr			Total général
	Reste du Monde	Secteur privé	Secteur public	
Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	294 772 452	2 228 231 402	36 944 893 991	39 467 897 845
Autres prestataires de services de santé	71 224 875	185 023 322	1 521 295 377	1 777 543 574
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	3 580 697	73 872 297 535	608 486 931	74 484 365 163
Fourniture et gestion de programmes de santé publique		2 127 516 763	21 501 535 998	23 629 052 761
Hôpitaux	111 847 547	20 722 933 290	63 781 667 465	84 616 448 302
Institutions fournissant des services sanitaires connexes	70 323 769	53 935 375	3 416 861 284	3 541 120 428
Prestataire non spécifié par type		331 419 567		331 419 567
Prestataires de soins ambulatoires	222 535 084	48 487 564 117	18 085 723 083	66 795 822 284
Reste du monde		112 747 356	1 920 620 000	2 033 367 356
<b>Total général</b>	<b>774 284 424</b>	<b>148 121 668 727</b>	<b>147 781 084 129</b>	<b>296 677 037 280</b>

HF-Agr		Compte global HFXHP									
HF-Name	HP-Agr	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	Autres prestataires de services de santé	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	Fourniture et gestion de programmes de santé publique	Hôpitaux	Institutions fournisseuses de services sanitaires connexes	Prestataire non spécifique par type	Prestataires de soins ambulatoires	Reste du monde	Total général
Reste du Monde	Coopération bilatérale	242 158 784	31 669 248	3 206 428		80 172 244	66 951 124		4 854 803		429 012 631
	Coopération multilatérale	38 009 891	1 317 213	274 258		26 440 199	1 284 379		217 528 856		284 854 796
	Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales		37 758 078								37 758 078
	nsk	14 603 777	480 336	100 011		5 235 104	2 088 266		151 425		22 658 919
<b>Total Reste du Monde</b>		294 772 452	71 224 875	3 580 697		111 847 547	70 323 769		222 535 084		774 284 424
Secteur privé	Associations nationales confessionnelles								1 663 188		1 663 188
	Associations nationales non confessionnelles	589 986 478	40 324 246	6 485 602		834 878 234	42 671 243		254 146 491		1 768 492 294
	Entreprises paraétatiques	8 040 081	97 249 136	68 349 580		560 663 732			68 420		734 370 949
	Entreprises privées	161 948 856	38 808 439	42 838 916	73 038 841	129 740 790	11 264 132		184 205 638	8 500 000	650 345 612
	Mutuelles de santé	63 689 996		332 968 297		307 644 817			129 647 299	104 247	938 197 765

										356	
	ONG nationale	226 869 391	8 641 501	185 724	2 054 477 922	1 265 029 088		27 104 832 758		30 660 036 384	
	Sociétés d'assurances privées	1 177 696 600		1 246 077 490		1 246 077 490		875 622 020		4 545 473 600	
	Versements directs des ménages			72 175 391 926		16 378 899 139	331 419 567	19 937 378 303		108 823 088 935	
<b>Total Secteur privé</b>		2 228 231 402	185 023 322	73 872 297 535	2 127 516 763	20 722 933 290	53 935 375	331 419 567	48 487 564 117	112 747 356	148 121 668 727
	Autres	149 426 933	17 881 577	1 084 195		56 752 245	22 638 289		1 641 562		249 424 801
	Caisse et Institut National de Sécurité Sociale	92 831 320		570 457 100		28 903 850			14 249 320		706 441 590
<b>Secteur public</b>	Collectivités territoriales/ locales	27 954 103	3 988 000			13 863 672			130 391 249		176 197 024
	Ministère de la Défense								117 161 000		117 161 000
	Ministère de la santé	32 850 810 709	1 151 284 868	3 289 917	16 203 960 488	60 024 777 193	3 084 749 357	15 223 380 403	1 920 620 000		130 462 872 935
	Présidence du Faso (SP/CNLS)	3 823 870 926	348 140 932	33 655 719	5 297 575 510	3 657 370 505	309 473 638		2 598 899 549		16 068 986 779
<b>Total Secteur public</b>		36 944 893 991	1 521 295 377	608 486 931	21 501 535 998	63 781 667 465	3 416 861 284	18 085 723 083	1 920 620 000		147 781 084 129
<b>Total général</b>		39 467 897 845	1 777 543 574	74 484 365 163	23 629 052 761	84 616 448 302	3 541 120 428	331 419 567	66 795 822 284	2 033 367 356	296 677 037 280



**Compte global HPxHC**

HC-Agr								
HP-Agr	Administration de la santé et Assurance Maladie	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	Fonctions sanitaires connexes	Service de prévention et de santé publique	Services auxiliaires	Services de réadaptation	Services de soins curatifs	Total général
<b>Administration générale de la santé et de l'assurance maladie</b>	16 559 801 596	16 113 875	11 130 388 327	8 135 478 399	31 161 712		3 594 953 936	<b>39 467 897 845</b>
<b>Autres prestataires de services de santé</b>	30 398 544		8 453 800	1 685 540 459			53 150 771	<b>1 777 543 574</b>
<b>Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux</b>		66 318 857 194		7 720 694 924			444 813 045	<b>74 484 365 163</b>
<b>Fourniture et gestion de programmes de santé publique</b>	2 106 211 585	3 310 788 889	12 411 988 967	4 690 662 934			1 109 400 386	<b>23 629 052 761</b>
<b>Hôpitaux</b>	2 165 781 472	1 880 116 999	10 966 768 617	13 363 178 249	239 586 854	158 922 973	55 842 093 138	<b>84 616 448 302</b>
<b>Institutions fournissant des services sanitaires</b>			3 541 120 428					<b>3 541 120 428</b>

connexes

<b>Prestataire non spécifié par type</b>		264 377 647				1 724 799	65 317 121	<b>331 419 567</b>
<b>Prestataires de soins ambulatoires</b>	492 482 385	2 069 309 013	173 299 701	38 328 225 432	5 268 319 596	194 566 766	20 269 619 391	<b>66 795 822 284</b>
<b>Reste du monde</b>							2 033 367 356	<b>2 033 367 356</b>
<b>Total général</b>	<b>21 354 675 582</b>	<b>73 859 563 617</b>	<b>38 232 019 840</b>	<b>73 923 780 397</b>	<b>5 539 068 162</b>	<b>355 214 538</b>	<b>83 412 715 144</b>	<b>296 677 037 280</b>

Sous compte TB FSxHF

FS-Agr	FS-Name	HF-Agr Secteur public (Ministère de la santé)	Total général
<b>Fonds publics</b>	<b>Fonds de l'administration centrale</b>	138 498 278	138 498 278
<b>Total Fonds publics</b>		138 498 278	138 498 278
<b>Fonds RdM</b>	<b>Coopération bilatérale</b>	23 740 040	23 740 040
	<b>Coopération multilatérale</b>	1 143 166 620	1 143 166 620
<b>Total Fonds RdM</b>		1 166 906 660	1 166 906 660
<b>Total général</b>		1 305 404 938	1 305 404 938

Sous compte TB HPXHF

HP-Agr	HP-Name	HF-Agr Secteur public (Ministère de la santé)	Total général

<b>Administration générale de la santé et de l'assurance maladie</b>	Ministère de la santé	69 574 225	69 574 225
<b>Total Administration générale de la santé et de l'assurance maladie</b>		<b>69 574 225</b>	<b>69 574 225</b>
<b>Autres prestataires de services de santé</b>	Centres sociaux et communautaires (intervenant dans la lutte contre le SIDA)	48 472 379	48 472 379
<b>Total Autres prestataires de services de santé</b>		<b>48 472 379</b>	<b>48 472 379</b>
<b>Hôpitaux</b>	Hôpitaux de district ou de zone	171 356 950	171 356 950
	Hôpitaux régionaux	1 671 000	1 671 000
<b>Total Hôpitaux</b>		<b>173 027 950</b>	<b>173 027 950</b>
<b>Prestataires de soins ambulatoires</b>	Centres de soins ambulatoires du Ministère de la Santé	1 014 330 384	1 014 330 384
<b>Total Prestataires de soins ambulatoires</b>		<b>1 014 330 384</b>	<b>1 014 330 384</b>
<b>Total général</b>		<b>1 305 404 938</b>	<b>1 305 404 938</b>

**Sous compte Paludisme HFXFS**

<b>Somme de VF</b>	<b>FS-Name</b>					
<b>HF-Name</b>	<b>Coopération bilatérale</b>	<b>Coopération multilatérale</b>	<b>Fonds de l'administration centrale</b>	<b>Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales</b>	<b>Ménages</b>	<b>Total général</b>
<b>Associations nationales non confessionnelles</b>				47 618 250		47 618 250
<b>Coopération multilatérale</b>		558 000				558 000

<b>Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales</b>				5 275 000		5 275 000
<b>Ministère de la santé</b>	192 810 000	3 758 791 876	7 450 925 389	550 000 000		11 952 527 265
<b>ONG nationale</b>				73 516 996		73 516 996
<b>Versements directs des ménages</b>					25 144 427 068	25 144 427 068
<b>Total général</b>	<b>192 810 000</b>	<b>3 759 349 876</b>	<b>7 450 925 389</b>	<b>676 410 246</b>	<b>25 144 427 068</b>	<b>37 223 922 579</b>

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>III</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>IV</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>V</b>
<b>AVANT PROPOS</b> .....	<b>VI</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>VII</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>I. GENERALITES</b> .....	<b>2</b>
1.1 Présentation générale du Burkina Faso.....	2
1.2 Présentation du système de santé : organisation du système de santé.....	3
1.3 Quelques indicateurs de santé.....	4
<b>II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES</b> .....	<b>6</b>
2.1. Définition et utilité des CNS.....	6
2.2. Définition opérationnelle des concepts.....	7
2.3. Processus d'élaboration des CNS.....	12
2.3.1. Collecte de données.....	12
2.3.3. Traitement et analyse des données.....	13
2.3.4. Estimation du volume global des dépenses de santé des ménages.....	14
2.3.6. Illustration de l'utilisation des clés de répartition.....	15
2.3.7. Traitement des données des assurances privées de santé.....	15
2.3.8. Limites de l'étude.....	16
<b>III. RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ de 2009</b>	<b>16</b>
3.1. Volume de financement de la santé.....	16
3.1.1 La dépense nationale de santé (DNS).....	16
3.1.2 La Dépense totale pour la santé (DTS).....	17
3.1.3 La Dépense totale actuelle pour la santé (DTAS).....	17
3.2. Sources de financement de la santé.....	18
3.3. Comparaison sous-régionale de la dépense nationale de santé.....	20
3.4. Répartition des dépenses de santé par prestataire.....	22
3.5. Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires 2008-2009.....	24
3.7 Analyse sectorielle des dépenses de santé 2009.....	26
3.7.1. Evolution du financement du Budget du Ministère de la santé 2009.....	26
3.7.2 Participation des autres ministères aux dépenses de santé.....	27
3.7.3 Financement de la santé par les collectivités territoriales.....	28
3.7.4 Financement de la santé par les entreprises parapubliques et les employeurs du privé.....	28
3.7.5 Financement de la santé par les ménages.....	28
3.7.6 Financement de la santé par l'assurance maladie.....	29
3.7.7 Financement de la santé par les ONG/Associations.....	29
3.8. Analyse des principaux indicateurs.....	30
<b>IV. RESULTATS DU SOUS COMPTE PALUDISME 2009</b> .....	<b>33</b>
4.1. Aperçu sur la situation du paludisme au Burkina Faso.....	33
4.2. Volume de financement des dépenses du paludisme.....	34
4.3. Sources de financement des dépenses du paludisme.....	34
4.4. Agents de financement des dépenses du paludisme.....	35
4.5. Prestataires de services.....	36
4. 6. Classification des dépenses du paludisme par fonction et par prestataire.....	38

<b>V. RESULTATS DU SOUS COMPTE TUBERCULOSE 2009 .....</b>	<b>40</b>
5.1 Aperçu sur la situation de la tuberculose au Burkina Faso .....	40
5.1.1. Détection et traitement des cas .....	40
5.1.1.1. Stratégie de dépistage et traitement.....	40
5.1.1.2. Evolution du nombre de cas de tuberculose dépistés de 2006 à 2009 .....	41
5.1.2 Recherche active des absents au traitement et des perdus de vue .....	41
5.2. Volume de financement des dépenses de la tuberculose de 2003 à 2009 .....	42
5.3. Sources de financement des dépenses de la tuberculose.....	43
5.4. Agents de financement.....	44
5.5. Prestataires de services .....	45
5.6. Classification par fonction des dépenses de la tuberculose .....	45
<b>VI. RESULTATS DU SOUS COMPTE VIH et le Sida .....</b>	<b>47</b>
6.1. Aperçu sur la situation du VIH et le Sida au Burkina Faso .....	47
6.2. Volume de financement des dépenses du VIH et le Sida.....	48
6.3. Sources de financement des dépenses du sous compte VIH.....	48
6.4. Agents de financement des dépenses du sous compte VIH.....	49
6.5. Prestataires de services du sous compte VIH.....	49
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>i</b>
<b>LISTE DES MEMBRES DE L'EQUIPE TECHNIQUE .....</b>	<b>ii</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>iii</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>xiii</b>