MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

Multi-Country Evaluation Study

Health Impact of the Scale-up to Fight AIDS, TB and Malaria
With special reference to the Global Fund

Rapport pays

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 2006

Sous comptes VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme de 2003 à 2006

Décembre 2008

Five-Year Evaluation of the Global Fund – Study Area 3 : Health Impact
Macro Internatiional Inc.
In Partnership with :
Word Health Organisation *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
Harvard University School of Public Health *African Population and Health Research Center

MACRO

OFEvalSA3@mmail.macrointernational.com * 11785 Beltsville Drive, suite 300, Calverton, MD 20705 * Telephone : 301 572 0200

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ____ *viii*

I. METHODES ET SOURCES DE DONNEES ____ *1*

1.1. Définitions ____ **1**

1.2. Processus d'élaboration des CNS ____ **2**

1.3. Collecte de données ____ **3**

1.3.1. Questionnaires ____ 3

1.3.2. Composition des familles/groupes de données ____ 4

1.4. Traitement et analyse des données ____ **4**

1.4.1. Techniques d'estimation des dépenses ____ 4

1.4.2. Codification et analyse des données ____ 5

1.5. Limites de l'étude ____ **5**

II. RESULTATS (CNS 2006) ____ *6*

2.1. Financement de la santé ____ **6**

2.1.1. Fonctions de financement de la santé ____ 6

2.1.2. Volume de financement de la santé ____ 6

2.1.3. Sources de financement de la santé ____ 8

2.1.4. Répartition des dépenses entre les prestataires ____ 10

2.1.5. Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires en 2006 ____ 13

III. ANALYSE SECTORIELLE DES DEPENSES DE SANTE ____ *14*

3.1. Financement du ministère de la santé ____ **14**

3.1.1. Evolution du financement du budget alloué au Ministère de la santé ____ 15

3.1.2. Répartition de l'exécution des dépenses dans le budget du Ministère de Santé ____ 16

3.1.3. Une autre approche de l'évolution du budget : indice harmonisé des prix à la consommation ____ 17

3.1.4. Participation des autres Ministères aux dépenses de santé ____ 18

3.2. Financement par les collectivités territoriales ____ **18**

3.2.1. Financement par les entreprises parapubliques et les employeurs du prive ____ 19

3.2.2. Financement à travers l'assurance maladie ____ 21

3.2.3. Financement de la santé par les ménages ____ 22

3.2.4. Financement de la santé par les ONG/associations ____ 25

3.3. Analyse des principaux indicateurs ____ **26**

3.3.1. Méthodologie et définitions ____ 26

3.3.2. Résultats ____ 29

3.3.3. Indicateurs optionnels ____ 30

IV. SOUS COMPTE PALUDISME 2003 A 2006 ____ *33*

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 ____ **35**

4.4. Agents de financement 36

4.5. Prestataires de services 36

4.6. Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires 37

V. SOUS COMPTE VIH/SIDA *38*

5.1. Volume des financements du VIH/SIDA de 2003 à 2006 38

5.2. Sources de financement du VIH/SIDA de 2003 à 2006 38

5.3. Agents de financement du VIH/SIDA de 2003 à 2006 39

5.4. Prestataires de service VIH/SIDA de 2003 à 2006 39

5.5. Fonctions VIH/SIDA de 2003 à 2006 40

VI. SOUS COMPTE TUBERCULOSE 2003 A 2006 *41*

6.1. Aperçu sur la situation de la tuberculose au Burkina Faso 41

6.1.1. La détection des cas 41

6.1.2. Le traitement (TDO) 42

6.1.3. La Recherche active des absents au traitement et des perdus de vue 43

6.1.4. La Décentralisation de la collecte des crachats et de la prise en charge des malades 43

6.2. Volume des financements de la tuberculose 44

6.3. Sources de financement des dépenses de la tuberculose 44

6.4. Agents de financement 45

6.5. Prestataires de services 47

6.6. Fonctions de tuberculose 47

VII. DIFFICULTES RENCONTREES ET RECOMMANDATIONS *50*

7.1. Difficultés rencontrées 50

7.2. RECOMMANDATIONS 50

CONCLUSION *52*

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution de la structure de la DNS par source de financement de 2003 à 2006 _____ 8
Tableau 2 : Distribution des dépenses de santé entre prestataires et fonctions _____ 12
Tableau 3 : Budget alloué au Ministère de la santé par source de financement de 2004 à 2006 (en millions F CFA) _____ 15
Tableau 4 : Structure de dépenses de santé (en millions F CFA) _____ 16
Tableau 5 : Quelques indicateurs de la santé pour les années 2004, 2005 et 2006 _____ 17
Tableau 6 : Dépenses des entreprises parapubliques par fonction de santé en 2006 _____ 20
Tableau 7 : Répartition des dépenses des entreprises d'assurance maladie par prestataire _____ 21
Tableau 8 : Répartition des dépenses des entreprises d'assurance maladie par fonction _____ 22
Tableau 9 : Participation des ménages au financement de la santé _____ 23
Tableau 10 : Participation des ménages aux dépenses de santé de 2003 à 2006 _____ 23
Tableau 11 : Dépenses de santé des ménages par habitant de 2003 à 2006 _____ 23
Tableau 12 : Dépenses de santé par personne en âge de travailler _____ 24
Tableau 13 : Indicateurs primordiaux _____ 29
Tableau 14 : Taux de croissance annuelle de la contribution en % du reste du monde dans les dépenses de santé _____ 31
Tableau 15 : Ratio formation de capital sur les dépenses totales de santé _____ 33
Tableau 16 : Ratio des soins curatifs sur les soins préventifs _____ 33
Tableau 17 : Volume des dépenses annuelles par source de financement du paludisme de 2003 à 2006 _____ 35
Tableau 18 : Part du Fonds mondial dans le financement des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme entre 2003 et 2006 _____ 35
Tableau 19 : Répartition des financements consacrés au paludisme selon les agents de financement de 2003 à 2006 _____ 36
Tableau 20 : Les prestataires de services et leur financement de 2003 à 2006 _____ 36
Tableau 21 : Répartition des dépenses des prestataires selon les fonctions _____ 37
Tableau 22 : Evolution des financements VIH/SIDA par source de 2003 à 2006, en milliers de FCFA _____ 38
Tableau 23 : Evolution des financements par agents de financement du VIH/SIDA de 2003 à 2006, en milliers de FCFA _____ 39
Tableau 24 : Evolution des dépenses par prestations de soins de 2003 à 2006 _____ 39
Tableau 25 : Evolution des dépenses VIH/SIDA par fonction de 2003 à 2006 _____ 40
Tableau 26 : Financement de la tuberculose de 2003 à 2006 par source de financement en milliers de FCFA _____ 45
Tableau 27 : Evolution des financements de la tuberculose par agent et par source de financement _____ 46
Tableau 28 : Classification fonctionnelle des dépenses de tuberculose de 2003 à 2006 _____ 49

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du volume de financement de la santé de 2003 à 2006 _____ 7

Figure 2 : Répartition de la DNS par source en 2006 _____ 10

Figure 3 : Distribution des financements par partenaires _____ 13

Figure 4 : Distribution fonctionnelle des dépenses de santé _____ 13

Figure 5 : Comparaison des dépenses par fonctions de 2005 à 2006 _____ 14

Figure 6 : Répartition des dépenses des collectivités par fonction en 2006 _____ 19

Figure 7 : Répartition des dépenses de santé des entreprises parapubliques par prestataire en 2006 _____ 20

Figure 8 : Répartition des dépenses de santé des ménages par prestataire en 2006 _____ 24

Figure 9 : Répartition des dépenses de santé des ménages par fonction en 2006 _____ 25

Figure 10 : Fonctions de dépenses de santé des ONG et associations (en milliers) _____ 26

Figure 11 : Dépenses de santé de l'Etat en % des dépenses totales de santé _____ 30

Figure 12 : Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé _____ 30

Figure 13 : Dépenses de santé des collectivités locales sur fonds propres en % des dépenses totales de santé _ 31

Figure 14 : Pourcentage des dépenses de santé de l'Etat sur budget de l'Etat _____ 32

Figure 15 : Ratio salaires payés par l'Etat sur dépense totale de santé de l'Etat _____ 32

Figure 16 : Evolution du nombre de nouveaux cas de tuberculose dépistés de 2003 à 2006 _____ 42

Figure 17 : Situation des cas de tuberculose traité de 2005 à 2006 _____ 43

Figure 18 : Evolution des financements par agent _____ 47

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ARV	:	Anti Retro Viraux
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CID	:	Circuit intégré de la Dépense
CDV	:	Conseil Dépistage Volontaire
CDT	:	Centre de Dépistage et de Traitement
CMA	:	Centre Médicale avec Antenne chirurgicale
CNLAT	:	Centre National de Lutte Anti Tuberculose
CNS	:	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DNS	:	Dépense Nationale de la Santé
DRS	:	Direction Régionale de Santé
DTS	:	Dépenses Totales de Santé
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
EBCVM	:	Enquête Burkinabé sur les Conditions de Vie des Ménages
FS	:	Sources de Financement (Financing Sources)
HF	:	Agents de Financement (Financing Agents)
HP	:	Prestataires de Soins (Health Providers)
ICHA	:	Classification Internationale des Comptes de la Santé
IBC	:	Intervention à Base Communautaire
IEC	:	Information Education Communication
INSD	:	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IHPC	:	Indice Harmonisé des Prix à la Consommation
ISBLM	:	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
IST	:	Infection Sexuellement Transmissibles
MPE	:	Malnutrition Protéino Energétique
MS	:	Ministère de la Santé

MTI	:	Moustiquaire Traités aux Insecticides
NASA	:	Estimation Nationale des Ressources et Dépenses de lutte contre le Sida (National AIDS Spending Assessment)
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OOAS	:	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OST	:	Office de Santé des Travailleurs
PADS	:	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PIC	:	Plan Intégré de Communication
PIP	:	Programme d'investissement public
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	:	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNT	:	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	:	Programme de lutte contre la Transmission Mère Enfant du VIH/SIDA
PSN	:	Politique Sanitaire Nationale
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SCN	:	Système de Comptabilité Nationale
SCS	:	Système de Compte de la Santé
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TCEI	:	Tableau des Comptes Economiques Intégrés
TRE	:	Tableau des Ressources et des Emplois
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence internationale de Développement des Etats Unis d'Amérique
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Le tableau de bord est un instrument de pilotage et d'aide à la décision pour un pilote ou d'un conducteur pour son véhicule. Celui d'un avion permet de savoir par exemple les pressions atmosphériques et les zones de turbulence. Au niveau d'une voiture, il permet au conducteur de savoir le niveau d'huile, d'essence et la vitesse à laquelle il roule etc. Par les signaux, le pilote ou le conducteur décide de la conduite à tenir.

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS), constituent également un tableau de bord pour les décideurs dans le domaine de la santé. A ce titre, il doit être élaboré périodiquement. En plus du rôle d'outil d'aide à la décision qu'ils jouent, ils contribuent à l'élaboration des politiques de santé. Convaincus de la pertinence de cet outil, les états généraux de la santé de juin 1999, ont recommandé l'élaboration des CNS.

Le premier exercice au Burkina Faso a eu lieu en 2005 et a concerné les années 2003 et 2004. Le deuxième exercice se rapportant à 2005 a été réalisé en 2007, avec comme innovation l'élaboration du sous compte paludisme et l'intégration des CNS VIH/SIDA. Les résultats de ces exercices ont fait l'objet de restitution au plan national.

Le présent rapport concerne les CNS de l'année 2006 avec comme sous compte le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme pour les années allant de 2003 à 2006 dans le cadre de l'évaluation à cinq ans du Fonds Mondial.

I. METHODES ET SOURCES DE DONNEES

La méthode utilisée est celle de l'élaboration des CNS et des sous comptes formulée et recommandée par l'OMS.
Les termes clés de la nomenclature des CNS, le processus d'élaboration, la collecte des données, les techniques d'estimation des dépenses employées et les limites de l'étude seront passés successivement en revue.

1.1. Définitions

L'approche des CNS consiste à regrouper les dimensions des dépenses de la santé en catégories ayant des caractéristiques communes. Les CNS identifient quatre principales catégories d'entités dans le secteur de la santé.

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

  Exemples : Ministère de l'Economie et des Finances pour le budget de l'Etat, 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, …).

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

  Exemples : Présidence du Faso, Ministère de la Santé (administration centrale et projets/programmes de santé), Ministère de la Défense, Caisse Nationale de Sécurité Sociale, compagnies d'assurance privées, mutuelles de santé, ménages.
  Les ménages également sont des agents de financement pour les débours directs en intégralité ou en partie dans les cas de co-paiements.

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

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

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

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

Il existe une interrelation entre les quatre principales catégories (sources, agents, prestataires et fonctions).

1.2. Processus d'élaboration des CNS

Afin de procéder à l'élaboration des CNS et des sous comptes, une formation en cascade des acteurs aussi bien de l'équipe technique que des prestataires a été faite sur les CNS et la distribution des dépenses de santé par groupe de maladie.

Il s'agit de :

- ✓ la formation de deux membres de l'équipe technique à Genève sur les CNS et la distribution des dépenses par groupe de maladies (août 2007) ;

- ✓ la mise à niveau de l'équipe technique d'élaboration des CNS sur les CNS et la distribution des dépenses par groupe de maladie. La formation a permis l'adaptation de la nomenclature des CNS et des sous comptes paludisme et tuberculose, de même que la correspondance entre la classification NASA (National Aids Spending Assesment), utilisée pour l'élaboration du sous compte VIH/SIDA et celle des CNS. Les étapes d'élaboration des CNS et des sous comptes ont été planifiées au cours de l'atelier (octobre 2007) ;

- ✓ la formation des gestionnaires des districts sanitaires, des directions régionales de la santé et des directeurs de l'administration et des finances des hôpitaux; le questionnaire concernant ces structures a été prétesté et validé (février 2008) ;

- ✓ la collecte des données (mars-avril 2008) ;

- ✓ de la codification et la saisie des données : mise à niveau de l'équipe de saisie et la saisie des données par famille (avril-mai 2008) ;

- ✓ l'analyse des tableaux de sortie et la validation des données (mai-juin 2008) ;

- ✓ de la rédaction du rapport (juillet- août 2008).

1.3. Collecte de données

1.3.1. Questionnaires

Les données ont été collectées à l'aide d'un outil conçu à cet effet. Suivant le type de structure, un questionnaire adapté lui est adressé. Dans l'ensemble, les questionnaires présentent la même structure (questions générales, questions sur les dépenses globales de santé, informations sur le financement des projets, des activités et des dépenses de maladie).

- **Questionnaire districts/directions régionales de la santé/ hôpitaux**

Les gestionnaires des districts sanitaires, des Directions régionales de la santé (DRS) et les Directeurs de l'administration et des finances (DAF) des hôpitaux, lors de la formation ont amendé l'outil de collecte. Ce qui a permis d'améliorer la qualité de celui-ci. Cependant, pendant la collecte, certaines données n'ont pas pu être désagrégés et/ou obtenues, compte tenu du recul dans le temps, de la mobilité du personnel et de la non organisation des données suivant les préoccupations des CNS. Toutefois, une triangulation des données collectées a été réalisée pour s'assurer de la qualité de ces données.

L'outil district sanitaire comporte les parties principales suivantes :

- ✓ informations générales ;
- ✓ sources de financement ;
- ✓ dépenses par intrant, décomposées en dépenses courantes et dépenses d'investissement ;
- ✓ dépenses totales en santé publique ou en activités préventives, par maladie ;
- ✓ informations sur les taux d'utilisation par maladie et le taux d'utilisation par service.

- **Questionnaires : prestataires du privé, employeurs, assurances et mutuelles**

Pour ces types de structure, des questionnaires adaptés ont été conçus et adressés aux structures concernées. Cependant, pour les assurances privées, une difficulté s'est posée dans le remplissage du questionnaire. En effet, les compagnies d'assurance l'ont trouvé assez volumineux et la recherche de l'information depuis 2003 posait une difficulté. C'est ainsi que pour une question de complétude des données, il a été suggéré de

s'adresser à l'association des compagnies d'assurance où toutes les données étaient retracées de façon exhaustive.

- **Questionnaire partenaires techniques et financiers**

A ce niveau, ce sont les documents financiers qui ont été exploités.

1.3.2. Composition des familles/groupes de données

Les familles et groupes de données sont constitués par des données de structures ayant des activités identiques selon la nomenclature des CNS. Il s'agit des :

- ✓ directions régionales de la santé, des districts sanitaires et des hôpitaux ;
- ✓ prestataires du privé (polycliniques, cabinets médicaux, cabinets de soins infirmiers…) ;
- ✓ officines ;
- ✓ projets et programmes de santé ;
- ✓ Centres de recherche en santé : Centre Muraz, IRSS, Centre de recherche en santé de Nouna, CNRFP ;
- ✓ assurances/banques ;
- ✓ entreprises privées et parapubliques ;
- ✓ ONG et Associations ;
- ✓ partenaires techniques et financiers: Fonds Mondial, système des nations unies ;
- ✓ ménages.

Les données des structures sont issues des états financiers à travers la collecte des données. Les informations sur le financement des partenaires ont été recueillies auprès des bailleurs et des structures financées, pour des besoins de triangulation.

1.4. Traitement et analyse des données

1.4.1. Techniques d'estimation des dépenses

Les données du budget de l'Etat proviennent du Circuit intégré de la dépense (CID) de l'Etat, des crédits délégués exécutés. La clé de répartition des crédits délégués au niveau district est la suivante : Equipe cadre de district (ECD) : 24,2%, Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) : 35,3%, Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) : 40,5%[1]. Les salaires au niveau régions sanitaires ont été ventilés à raison de 20% pour les DRS et 80% pour les districts sanitaires[2].

[1] 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

[2] : Clé de répartition utilisée dans le CDMT santé

Une enquête ménage a été effectuée dans 13 districts sanitaires sur les 63 du pays, par la composante évaluation approfondie des districts. Les dépenses de santé des ménages ont été collectées. Mais, les données n'étant pas généralisables pour l'ensemble du pays, elles n'ont pu être utilisées. Les proportions des dépenses par maladie : paludisme, tuberculose ont été appliquées aux données des ménages issues de l'Enquête sur les conditions de vie des ménages (INSD, 2003)[3] ajustées au taux de croissance de la population et à l'indice des prix de la fonction santé.

Les données sur les dépenses pharmaceutiques ambulatoires ont été recueillies non seulement auprès d'un échantillon d'officines mais également auprès des grossistes (CAMEG et autres). L'exhaustivité des dépenses de médicament a été obtenue à travers les données de la Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DGPML). Par la suite, il a été appliqué aux données de la DGPML, la structure des dépenses de médicaments par type de maladie obtenue à travers la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG).

Les dépenses communes liées aux co-morbidités ont été affectées à la maladie principale.

1.4.2. 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.

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

1.5. Limites de l'étude

Bien que les différents arbitrages soient justifiés, certaines données n'ont pu être exhaustives. Il s'agit notamment de celles des prestataires du privé surtout des cliniques et des polycliniques.
La distribution des dépenses pour les soins hospitaliers et ambulatoires ainsi que la distribution des dépenses par groupes de maladie n'ont pu être effectuées.

En l'absence d'informations, les dépenses par patient hospitalier/ ambulatoire n'ont pu être reparties que pour le sous compte paludisme.

[3] INSD, 2003 : Enquête Burkinabé sur les conditions de vie des ménages

En utilisant les statistiques sanitaires, un essai de répartition de dépenses par maladie a été fait. Mais, l'information disponible n'a pas permis d'avoir une distribution utilisable.

II. RESULTATS (CNS 2006)

2.1. Financement de la santé

2.1.1. Fonctions de financement de la santé

Les fonctions interdépendantes de financement de la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé, se résument en trois points. Il s'agit essentiellement de :

- la collecte des contributions: système pour recevoir l'argent des ménages, d'organisations, sociétés et donateurs ;

- la mise en commun des ressources: accumuler et gérer les revenus de manière à ce que le risque du paiement des soins de santé soit reparti entre tous les membres du groupe et non pas assumé par chacun des cotisants ;

- l'achat des interventions: processus au cours duquel des fonds d'une caisse sont versés à des prestataires pour que ces derniers fournissent une série d'interventions sanitaires préalablement définies ou non.

2.1.2. Volume de financement de la santé

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) permettent de déterminer trois niveaux de financement des dépenses de santé d'un pays :

- la Dépense totale actuelle pour la santé (DTAS) : elle est obtenue en faisant le cumul des dépenses des fonctions des niveaux HC.1 à HC.7 ; elle est de **179,325 milliards F CFA en** 2006 contre **180,736 milliards** de F CFA en 2005 ;

- la Dépense totale pour la santé (DTS) : elle est égale à la DTAS majorée des dépenses du niveau HCR.1 (formation de capital des établissements fournissant des soins de santé). Ce type de dépense est mesuré habituellement par la plupart des pays. Elle est de **191,195 milliards** de F CFA en 2006 contre **193,471 milliards** de F CFA en 2005 ;

- la Dépense nationale de santé (DNS) : ce type de dépense 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.

Cet agrégat macroéconomique est calculé lorsque l'on dispose de maximum d'informations sur l'ensemble des fonctions de santé, c'est à dire de la fonction HC.1 à la fonction HC.R.5. Ainsi, compte tenu de son caractère d'outil de plaidoyer et d'aide à la décision, un effort particulier a été déployé par l'équipe technique dans l'amélioration de la collecte de données.

Au fil des années, depuis les premiers CNS de 2003, le volume global de financement de la santé ne fait que croître ; cela s'explique en d'autres termes par l'effort accru de mobilisation de ressources additionnelles pour financer le secteur de la santé.

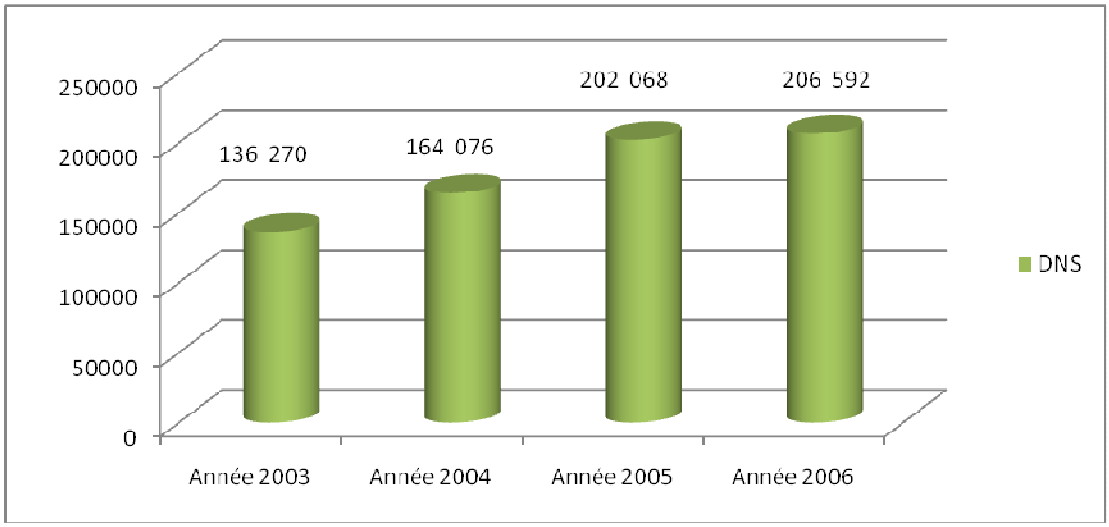

Figure 1 : Evolution du volume de financement de la santé de 2003 à 2006

Pour l'exercice 2006, la DNS du Burkina Faso est estimée à 206,6 milliards de FCFA contre 202,1 milliards de FCFA en 2005. En 2003 et 2004, elle était estimée respectivement à 136 milliards de FCFA et 164 milliards de FCFA.

En terme de taux de croissance, le volume de financement s'est accru de 20,6% entre 2003 et 2004, 23,2% entre 2004 et 2005 et 2,2% en 2006 par rapport à 2005.

Les années 2005 et 2006 ont connu un volume important en terme de financement de la santé par rapport aux deux premières années d'élaboration des CNS. La raison est que certaines rubriques n'étaient pas suffisamment prises en compte dans les CNS 2003 et 2004 du fait de l'indisponibilité de certaines informations et au temps relativement court imparti pour l'élaboration desdits CNS.

Au nombre de ces rubriques, on peut citer entre autres, les données sur les structures d'appui aux mutuelles de santé, les dépenses des employeurs privés, et la plupart des ONG intervenant dans le domaine de

la santé. En 2005 et 2006 ces rubriques ont été suffisamment prises en compte lors des CNS. A cela, on peut aussi ajouter que c'est à partir des CNS de 2005 que les données relatives au VIH/SIDA ont été prises en compte de façon exhaustive.

Dans le contexte de comparabilité des résultats entre les pays membres de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et la Mauritanie, il est donc nécessaire d'établir un lien entre la DNS et certains indicateurs macro et socio-économiques jugés utiles. L'interprétation de ces indicateurs permet d'évaluer un pays sur le plan économique et financier, à savoir d'une part, l'effort que ce pays fournit par rapport à la prise en charge sanitaire de la population et d'autre part, de classer chaque pays selon un ordre décroissant (du plus performant au moins performant). Parmi les indicateurs retenus pour la comparaison, on peut citer entre autres :

- la dépense de santé par habitant ;
- la dépense de santé en % PIB ;
- la dépense de santé des ménages en % dépenses totales de santé ;
- la dépense de santé de l'Etat en % dépenses totales de santé ;
- la dépense de santé par zone de pauvreté ;
- etc.

Ces indicateurs sont interprétés au niveau du chapitre 3.1.3 relatif à l'analyse des principaux indicateurs.

2.1.3. Sources de financement de la santé

Tableau 1 : Evolution de la structure de la DNS par source de financement de 2003 à 2006

Source de financement	2003		2004		2005		2006	
	Montant en millions FCFA	%	Montant en millions FCFA	%	Montant en millions FCFA	%	Montant en millions FCFA	%
Fonds publics	34 812	25,50	44 208	26,90	48 315	23,90	64 395,330	31,17
Fonds des employeurs privés	2 618	1,90	1 252	0,80	6 291	3,10	1,010	_
Fonds des ménages	67 824	49,80	73 753	45,00	75 615	37,40	80 617,091	39,02
Fonds des ISBLM	ND		ND		139	0,10	405,317	0,20
Fonds du reste du monde	27 988	20,50	43 991	26,80	70 731	35,00	61 173,230	29,61

Fonds NST	3 028	2,20	872	0,50	977	0,50		_
Ensemble	136 270	100	164 076	100	202 068	100	206 592	100

A l'image des comptes nationaux de la santé de l'année 2005, trois principales composantes ont financé la santé en 2006. Il s'agit du secteur privé et plus particulièrement des ménages, de l'Etat et du reste du monde. Toutefois, les contributions des différentes parties restent variables d'année en année.

Ainsi, la part du financement des ménages aux dépenses totales de santé est passée de 49,8% en 2003 à 45% en 2004, puis de 37,4% en 2005 à 39,02% en 2006. Le constat notable sur ce point est l'inversion de la tendance du financement des ménages aux dépenses nationales de la santé. En effet, entre 2003 et 2004, il a été constaté une baisse de 4,8 points et une baisse de 7,8 points entre 2004 et 2005.

Cependant, entre 2005 et 2006, il est constaté une augmentation des dépenses de santé des ménages de 1,62%. L'explication la plus plausible de cette augmentation pourrait être la saturation de l'effort de subvention faite par l'Etat et ses partenaires. En effet, il est comparé deux périodes (2005 et 2006), où la politique de subvention des soins de santé a été mise en vigueur.

S'agissant de l'évolution des financements publics, le constat est que ce financement est à la hausse en valeur absolue, sur la période allant de 2003 à 2006. Toutefois, en valeur relative, c'est seulement en 2005 que la tendance ne s'est pas maintenue. Ainsi, les financements publics aux dépenses de santé ont été de 34,812 milliards en 2003, 44,208 milliards en 2004, 48,315 milliards en 2005 et 64,395 milliards en 2006. En valeur relative, les parts des financements publics par rapport aux dépenses nationales de santé sont respectivement en 2003, 2004, 2005 et 2006 de 25,5% ; 26,9% ; 23,9% et 31,17%.

De façon générale, le reste du monde constitue la troisième source de financement de la santé après les ménages et l'Etat. Ainsi, les financements du reste du monde aux dépenses nationales de la santé sont de 27,988 milliards en 2003 ; 43,991 milliards en 2004 ; 70,731 milliards en 2005 et 61,173 milliards en 2006. Cela représente, 20,5%, 26,8%, 35,0% et 29,61% respectivement pour les années 2003, 2004, 2005 et 2006. Il est à noter la baisse de 5,39 points du financement du reste du monde entre la période 2005 et 2006. Cette baisse pourrait s'expliquer d'une part par la complétude des données et d'autre part, par le fait que certains financements arrivaient à échéance.

La contribution du Fonds Mondial au financement total de la santé était de 1,92% en 2006. Tandis que, par rapport au financement du reste du

monde, la contribution du fonds mondial représentait 6,48% durant la même période. Le financement du Fonds mondial est essentiellement orienté vers le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.

Le graphique suivant illustre la répartition de la dépense nationale de santé par source en 2006.

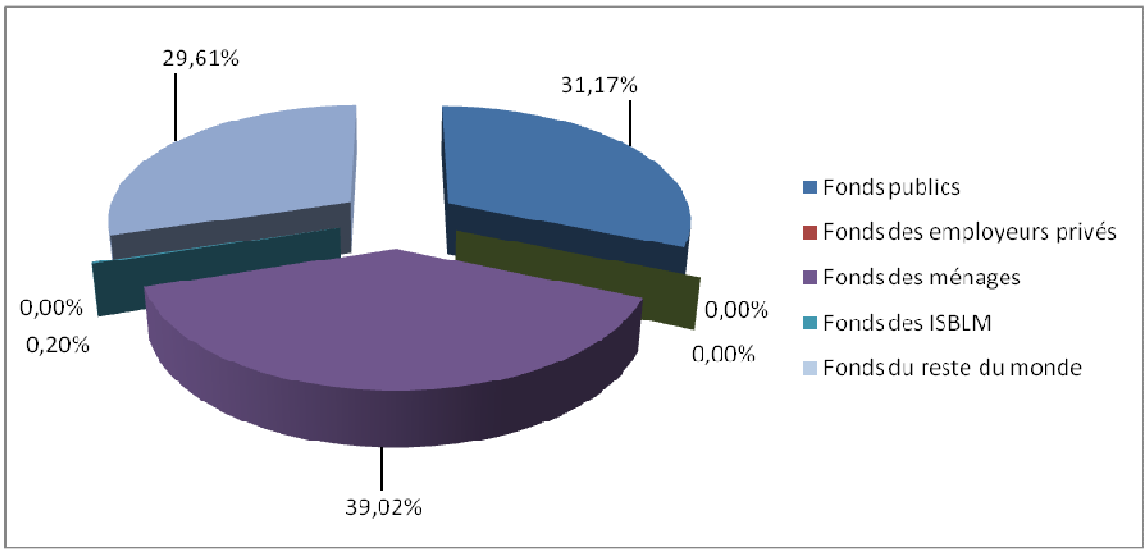

Figure 2 : Répartition de la DNS par source en 2006

2.1.4. Répartition des dépenses entre les prestataires

Les principaux prestataires concernés dans les CNS de l'année 2006 sont entre autres : les hôpitaux, les centres de soins ambulatoires, les biens médicaux, la santé publique et les programmes de prévention, l'administration générale de la santé et l'assurance maladie, les services sanitaires connexes et le reste du monde.

Le traitement et l'analyse des données, montrent que les ressources financières sont essentiellement dirigées vers les hôpitaux, les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux. En effet, 77,103 milliards soit 37,32% des financements ont été dirigés vers les hôpitaux et 60,662 milliards soit 29,36% ont été orientés vers les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux. Pour ce dernier, en grande partie, soit 99% ont été orientés vers l'achat des médicaments dans les pharmacies.

Pour les prestataires de soins ambulatoires, 30,575 milliards de FCFA des financements y ont été orientés, soit 14,80%. La fourniture et la gestion de programmes de santé publique occupe la quatrième position avec 14,500 milliards de FCFA soit 6,98% ; ensuite il y a l'administration générale de la santé et de l'assurance maladie, vers laquelle ont été orientés 13,770 milliards de FCFA soit 6,67%, puis les institutions fournissant des services sanitaires connexes 7,415 milliards (3,59%), les

autres prestataires de services de santé dont, les producteurs secondaires de soins de santé (ex : services de médecine scolaire) et centres sociaux et communautaires (intervenant dans la lutte contre le SIDA) ont reçu 2,387 milliards de FCFA soit 1,16% du financement total. Vers les prestataires non spécifiés par type, la somme de 0,258 milliards soit 0,13% y a été orienté.

Le tableau ci-après retrace la distribution des dépenses de santé entre les prestataires. Cependant, compte tenu du volume des données et de la grandeur du tableau, il n'a été retenu que le niveau deux de la classification internationale des prestataires. Il s'agit donc d'un niveau agrégé des prestataires.

Tableau 2 : Distribution des dépenses de santé entre prestataires et fonctions

		PRESTATAIRES									
		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 fournissant des services sanitaires connexes	Prestataires de soins ambulatoires	Prestataire non spécifié par type	Total général	%
FONCTIONS	Administration de la santé et Assurance Maladie	10 293 199	1 445 511		1 268 053	9 005 228	671 176	922 691		23 605 858	11,43%
	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	1 186 454		60 662 344	1 976 086	664 587	67 562	193 295		64 750 327	31,34%
	Fonctions sanitaires connexes	787 850	484 780		843 931	11 397 434	4 060 219	2 196 773		19 770 987	9,57%
	Hôpitaux					2 308 873		2 000 665		4 309 538	2,09%
	Services auxiliaires		21 063		2 786	7 454 748		4 275 688		11 754 285	5,69%
	Services de réadaptation							28 546		28 546	0,01%
	Services de soins curatifs	5 843	62 791		1 459 602	10 970 968		9 290 705		21 789 909	10,55%
	Dépense non spécifiée par catégorie		334 162		2 127 027	1 354 007	1 664 712	1 812 977	202 106	7 494 991	3,63%
	Service de prévention et de santé publique	1 497 057	38 985		6 742 488	33 947 191	951 796	9 853 882	56 136	53 087 534	25,70%
	Total général	13 770 403	2 387 292	60 662 344	14 419 974	77 103 036	7 415 464	30 575 223	258 241	206 591 977	
	%	6,67%	1,16%	29,36%	6,98%	37,32%	3,59%	14,80%	0,13%		

Le graphique suivant illustre la distribution des financements de la santé en 2006 par prestataires.

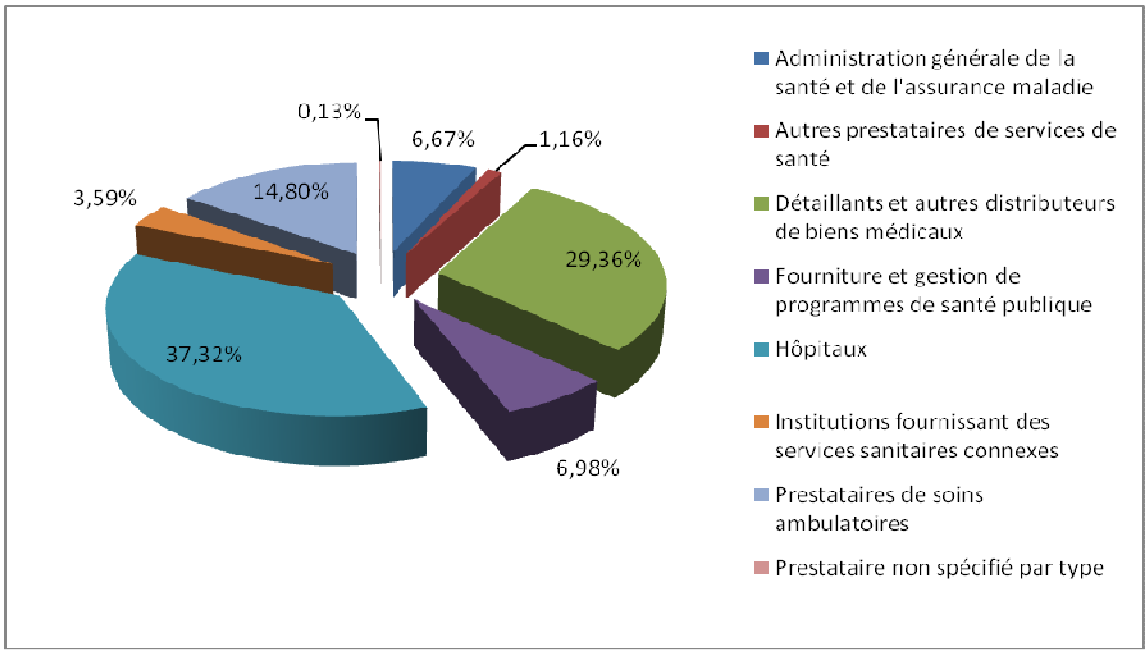

Figure 3 : Distribution des financements par partenaires

2.1.5. Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires en 2006

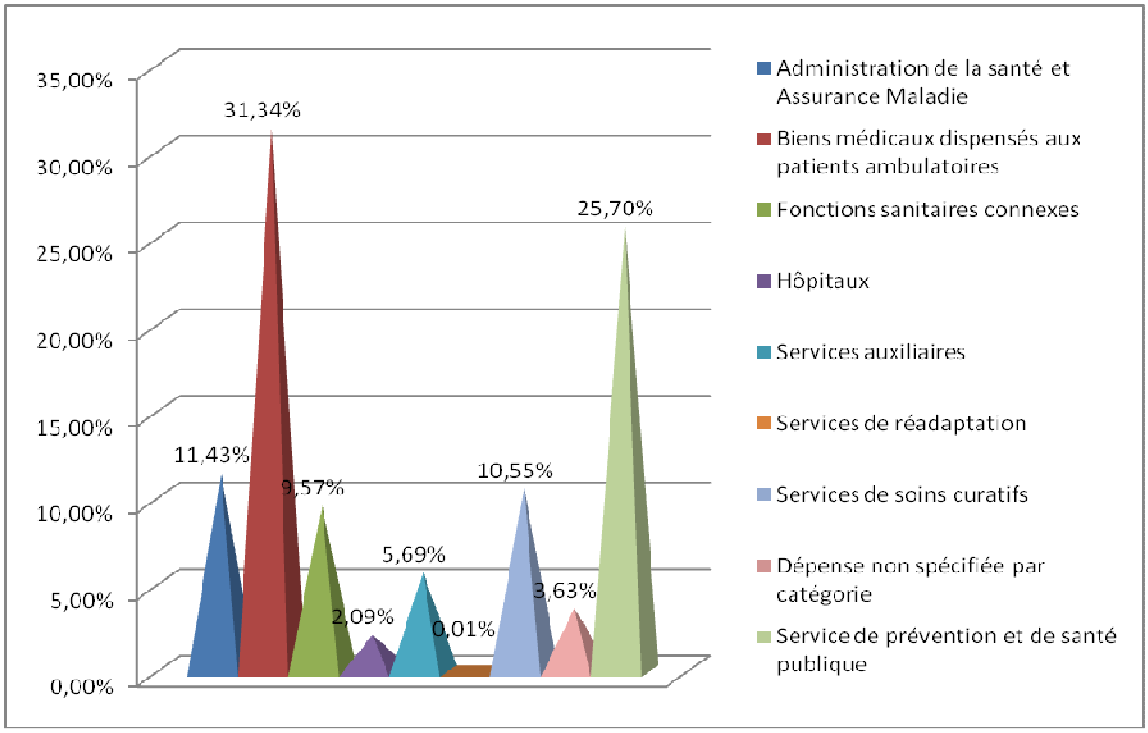

Figure 4 : Distribution fonctionnelle des dépenses de santé

La classification fonctionnelle suivant le croisement HCxHP (fonctions x prestataires) laisse apparaître une prépondérance de l'orientation des financements vers les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires à hauteur de 64,750 milliards de FCFA soit 31,34% des financements. Il s'en suit la prévention 53,087 milliards de FCFA soit 25,70% ; l'administration de la santé et de l'assurance maladie 23,605 milliards de FCFA (11,43%) ; les services de soins curatifs 21,789 milliards de FCFA (10,55%) ; les fonctions sanitaires connexes 19,771 milliards de FCFA (9,57%) ; les services auxiliaires 11,754 milliards de FCFA (5,69%) ; les dépenses non spécifiées par catégorie 7,495 milliards de FCFA (3,63%) ; les soins curatifs en milieu hospitalier 4,309 milliards de FCFA (2,09%) et enfin les soins de réadaptation 0,29 milliards de FCFA soit 0,01%.

Pour des besoins d'analyse, les médicaments (inclus dans les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires) ont été isolés. En d'autres termes, le montant des médicaments est à repartir entre les soins ambulatoires, les soins curatifs en milieu hospitalier et la prévention.

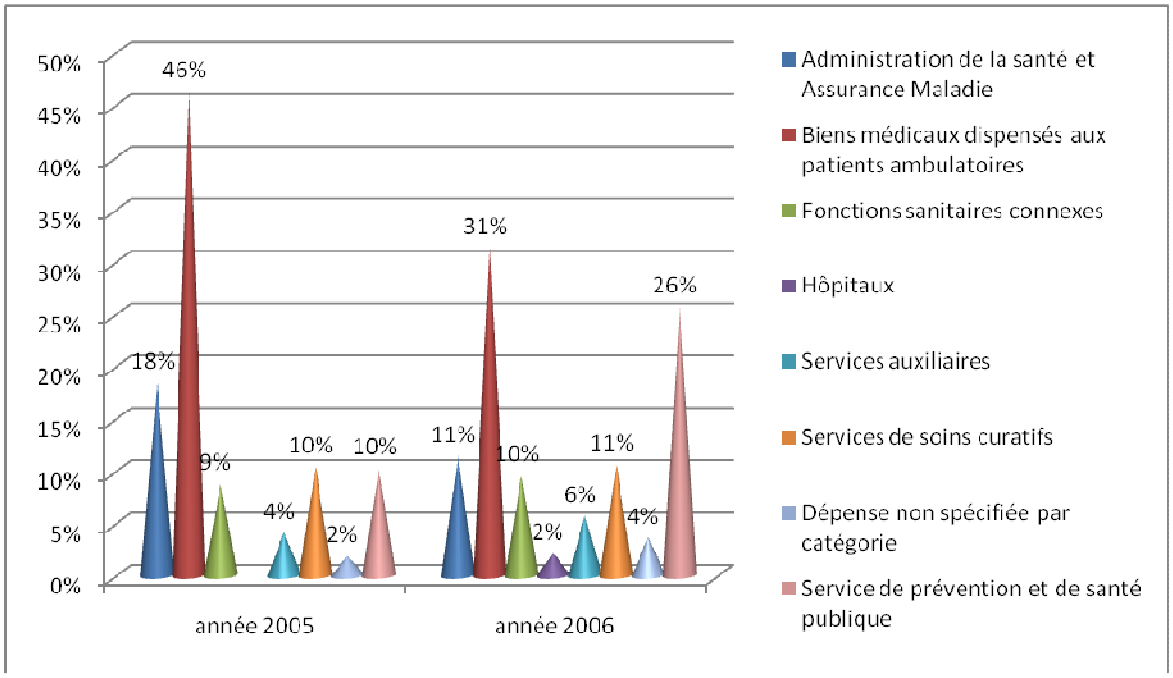

Figure 5 : Comparaison des dépenses par fonctions de 2005 à 2006

III. ANALYSE SECTORIELLE DES DEPENSES DE SANTE

3.1. Financement du ministère de la santé

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

L'ensemble ainsi constitué de ces trois grandes masses est destiné aux dépenses de personnel, de fonctionnement courant, de transfert courant et d'investissement.
Il faut signaler que la totalité des subventions et des prêts de 2004 à 2006 a été imputée aux dépenses d'investissement.

3.1.1. Evolution du financement du budget alloué au Ministère de la santé

Le tableau N°3 ci-dessous donne la répartition de l'exécution des dépenses de santé par source de financement au cours des années 2004, 2005 et 2006.

Tableau 3 : Budget alloué au Ministère de la santé par source de financement de 2004 à 2006 (en millions F CFA)

Année / Sources	2004	2005	2006
Etat	32 240	35 293	46 132
subv.	8 254	8 116	11 609
Prêt	2 084	3 399	1 248
Total	42 578	46 808	58 989

Sources : CID et PIP 2006

La lecture du tableau montre que le budget total alloué au Ministère de la Santé est passé de 42,578 milliards de francs CFA en 2004 à 46,808 milliards de francs CFA en 2005, et à 58,989 milliards de francs CFA en 2006. L'exécution du budget de la santé a donc connu une évolution de 9,93 % entre 2004 et 2005 et de 26,02 % entre 2005 et 2006.

En terme de financement de la santé, durant les trois années, non seulement l'Etat reste le plus grand bailleur, mais, sa contribution connaît une augmentation, correspondant à 3,053 milliards de francs entre 2004 et 2005 et à 10,839 milliards de francs entre 2005 et 2006.

En ce qui concerne les subventions et les prêts, ils évoluent en sens inverse. En effet, les subventions ont connu une baisse de 1,67 % entre 2004 et 2005 et une augmentation de 43,04 % entre 2005 et 2006. Quant aux prêts, ils ont d'abord progressé de l'ordre de 63,10 % entre 2004 et 2004, avant d'accuser une baisse de 63,28 % pour la période allant de 2005 à 2006.

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

Le tableau N°4 ci-dessous illustre la structure des dépenses de santé exécutées au cours des années 2004, 2005 et 2006.

Tableau 4 : Structure de dépenses de santé (en millions F CFA)

Année	Total exécution du budget de la santé	Personnel	Fonctionnement	Transfert courant	Investissement
2004	42 578	11 650	4 960	11 394	14 574
2005	46 808	12 629	4 596	13 158	16 425
2006	58 989	15 602	8 138	15 164	20 085

Source : CID et PIP 2006

De l'analyse du tableau N°4 ci-dessus, il ressort que les dépenses d'investissement présentent les plus gros montants de tous les titres dans l'exécution de la dépense de santé au cours des années 2004, 2005 et 2006, soit respectivement 14,574 milliards FCFA, 16,425 milliards FCFA et 20,080 milliards FCFA. Les dépenses de personnel viennent en deuxième place, à l'exception de l'année 2005, année au cours de laquelle les dépenses de transfert courant ont été supérieures aux dépenses de personnel.

En terme d'évolution, il faut dire que les dépenses exécutées au titre du personnel, des transferts courants et des investissements sont en accroissement entre 2004 et 2005, et également entre 2005 et 2006. Quant aux dépenses de fonctionnement courant, elles accusent une baisse entre 2004 et 2005 et connaissent une croissance entre 2005 et 2006.

Les dépenses de personnel ont connu une évolution de 8,40 % entre 2004 et 2005 et de 23,54 % entre 2005 et 2006. Les dépenses relatives aux transferts courants connaissent une évolution de 15,48 % entre 2004 et 2005 et de 15,25 % entre 2005 et 2006. Pour les dépenses d'investissement, elles ont connu une progression de 12,70 % entre 2004 et 2005 avant de s'accroître de 22,28 % entre 2005 et 2006. Il y a lieu de mentionner que c'est au niveau des dépenses de fonctionnement courant que l'on observe un taux d'accroissement négatif entre 2003 et 2004. Ainsi, au cours de cette période, les dépenses engagées au titre de fonctionnement courant ont régressé de 7,34 %. Ce taux a connu une hausse considérable entre 2004 et 2005, soit de 84,40 points.

Bien que les différentes catégories de dépenses soient en augmentation entre 2004 et 2005 et entre 2005 et 2006 à l'exception des dépenses de fonctionnement courant, il y a lieu de faire ressortir que la part qu'elles occupent dans la DNS présente des disparités.

Ainsi, la part des dépenses de personnel dans le budget de la santé est passée de 27,36 % à 29,98 % entre 2004 et 2005, et de 29,98 % à 26,45 % entre 2005 et 2006.

Concernant la part des dépenses de fonctionnement dans le budget de santé, celle-ci est passée de 11,64 % à 9,82 % entre 2004 et 2005, et de 9,82 % à 13,79 % entre 2005 et 2006.
Quant à la part des dépenses de transferts courants dans le budget du Ministère de la Santé, celle-ci est passée de 26,76 % à 28,11 % entre 2004 et 2005, et de 28,11 % à 25,71 % entre 2005 et 2006.

Ayant la plus forte pondération, il convient de mentionner que sur les trois années 2004, 2005 et 2006, la part des dépenses d'investissement dans le budget du Ministère de la Santé est passée respectivement à 34,22 %, 35,09 % et à 34,05 %.

3.1.3. Une autre approche de l'évolution du budget : indice harmonisé des prix à la consommation

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

Ainsi, en prenant en compte l'indice harmonisé des prix à la consommation, on s'aperçoit que les dépenses exécutées au compte du Ministère de la Santé se présentent comme suit au cours des années 2004, 2005 et 2006 (cf tableau N°5).

Tableau 5 : Quelques indicateurs de la santé pour les années 2004, 2005 et 2006

Année	**2004**	**2005**	**2006**
Budget de santé (a) en millions	42 578	46 808	58 989
l'indice harmonisé des prix à la consommation (i)	-	102	108
Coefficient d'actualisation (b) en %	100	102	110
Valeur réelle du Budget en millions (c) = a/b	42 578	45890	53626
Taux d'accroissement réel du budget de la santé	-	7,78	16,85

La prise en compte de l'indice harmonisé des prix à la consommation permet de donner une meilleure appréciation de l'évolution du budget de la santé.
En effet, de 2004 à 2005, les dépenses de santé du Ministère de la santé ont progressé réellement de 7,78 % et de 2005 à 2006 de 16,85 %.
En ne considérant pas cet indice, les dépenses ont augmenté de 9,93 % entre 2004 et 2005 et de 26,02 % entre 2005 et 2006.

3.1.4. Participation des autres Ministères aux dépenses de santé

Les structures centrales et déconcentrées de l'Etat, en dehors du ministère de la santé, ont dépensé, pour les services de santé, 124,26 millions de FCFA en 2006. Ces dépenses sont entièrement allouées aux fonctions sanitaires connexes à travers lesdites institutions.
Les dépenses de santé au titre des autres Ministères de l'année 2005 ont été de 1,204 milliards de francs CFA, toutes sources de financements confondues.

3.2. Financement par les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales sont à la fois source et agents de financement. Elles contribuent au financement de la santé à hauteur de 405,74 millions de FCFA. Les données sur ces dépenses ne sont malheureusement pas désagrégées pour leur destination vers les prestataires.

Quant à la désagrégation par fonction de santé, il est à constater que la fonction d'administration des services de santé et d'assurance maladie occupe la plus grande partie des dépenses de santé de ces acteurs. Cette dépense s'élève à près de deux tiers des charges des collectivités. Les autres frais engagés sont répartis entre les soins curatifs (22,43%), les services de prévention et de santé publique (6,26%), les services auxiliaires et les fonctions de santé connexes. La répartition des dépenses de santé des collectivités territoriales par fonction est présentée dans le graphique ci-dessous.

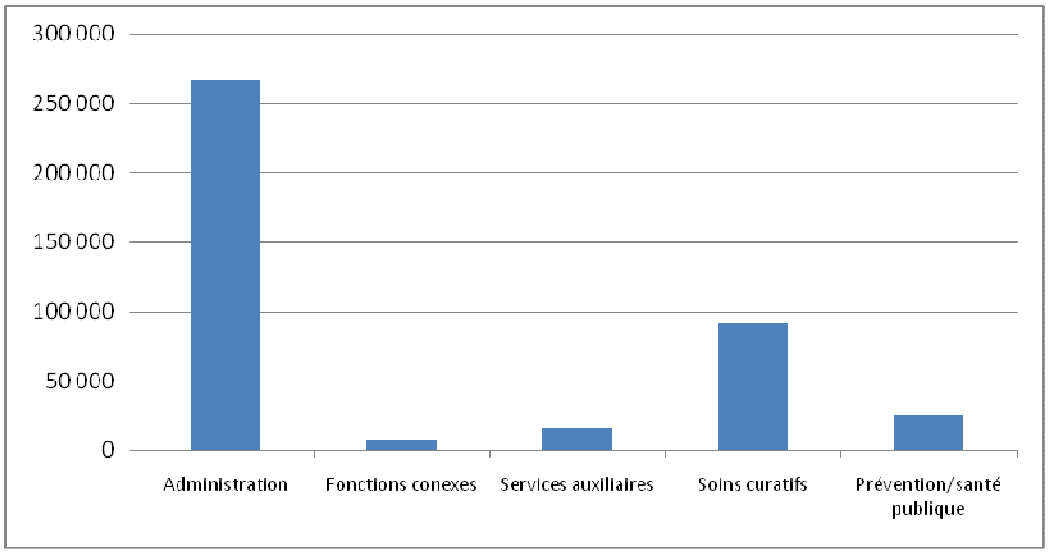

Figure 6 : Répartition des dépenses des collectivités par fonction en 2006

3.2.1. Financement par les entreprises parapubliques et les employeurs du prive

Les entreprises, publiques comme privées, effectuent leurs dépenses de santé sur leurs propres fonds. Ainsi, en 2006, les entreprises parapubliques ont consacré 363 millions de FCFA de leurs fonds pour les dépenses de santé. Ces dépenses ne sont très souvent pas directement engagées par les entreprises. Elles sont faites par le biais de sociétés d'assurances. La donnée est alors difficile à collecter de ce fait.

Les entreprises parapubliques ont consacré 11% de leurs dépenses vers les hôpitaux, soit 40 millions de FCFA. Le plus grand poste de dépenses de ces entreprises est plutôt les dépenses vers les distributeurs de biens médicaux où ils ont dépensé 206 millions de FCFA dans les pharmacies et 6,235 millions de FCFA chez les distributeurs de lunettes et de verres optiques. La répartition des dépenses de santé des entreprises parapubliques par type de prestataire est présentée dans le graphique suivant :

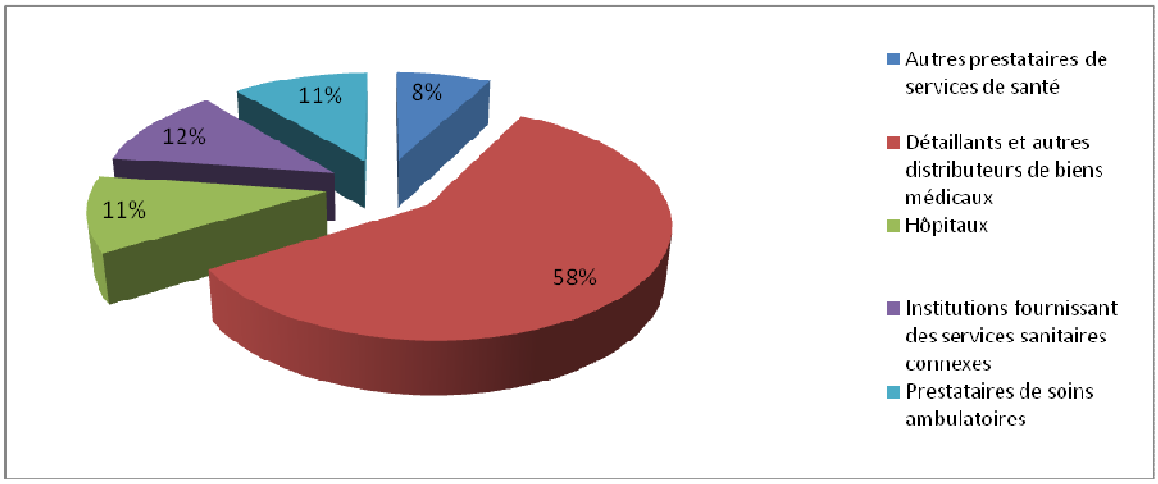

Figure 7 : Répartition des dépenses de santé des entreprises parapubliques par prestataire en 2006

Les dépenses en services de soins curatifs en milieu hospitalier des entreprises parapubliques ne représentent, une fois de plus que 11 % des dépenses de santé. Leur poste de dépenses le plus important est celui de biens médicaux distribués aux patients ambulatoires, 212 millions de FCFA dont plus de 94% en médicaments. Ces entreprises participent aussi à la formation du capital des établissements prestataires de soins de santé à hauteur de 42 millions de FCFA. Le tableau suivant présente le détail des dépenses engagées en 2006 par les entreprises paraétatiques par fonction de santé :

Tableau 6 : Dépenses des entreprises parapubliques par fonction de santé en 2006

fonction agrégée	fonction	Montant (X 1000 de FCFA)	Pourcentage
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	Lunetterie et autres produits d'optique	6 235	2%
	Médicaments délivrés sur ordonnance	206 144	57%
Total biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires		**212 378**	**59%**
Fonctions sanitaires connexes	Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé	42 272	12%
Total fonctions sanitaires connexes		**42 272**	**12%**
Services auxiliaires	Imagerie diagnostic pour patients externes	5 290	1%
	Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes	34 805	10%
Total services auxiliaires		**40 095**	**11%**

Services de soins curatifs	Soins curatifs en milieu hospitalier (dont médicaments, labo, radio et frais administratif)	39 714	11%
Total services de soins curatifs		**39 714**	**11%**
Service de prévention et de santé publique	Médecine du travail	28 083	8%
Total service de prévention et de santé publique		**28 083**	**8%**
Total général		**362 542**	**100%**

Ainsi, les travailleurs sont assez fortement soutenus par les entreprises, notamment les entreprises parapubliques en ce qui concerne leurs dépenses de santé. Ce mécanisme de financement des dépenses de santé soulage énormément les travailleurs. En effet, dans la plupart des cas, seulement 20% des dépenses de santé sont supportés par le travailleur et les 80% par l'entreprise. Et cette prise en charge s'étend souvent à la famille du travailleur.

3.2.2. Financement à travers l'assurance maladie

Les sociétés d'assurance privées tirent leurs ressources exclusivement des cotisations des ménages et des entreprises privés et paraétatiques. Celles-ci s'élèvent à 1,855 milliard de FCFA.

Les dépenses de santé à travers l'assurance maladie sont adressées à trois types de prestataires principalement. Il s'agit des prestataires de soins ambulatoires, à hauteur de 47%, des distributeurs de biens médicaux, à hauteur de 37% et des hôpitaux, à hauteur de 16%. Le détail de la répartition des dépenses des sociétés d'assurance maladie vers les prestataires de soins de santé est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Répartition des dépenses des entreprises d'assurance maladie par prestataire

Prestataire	**Montant (X1000 de FCFA)**	**Fréquences**
Pharmacies	686 254	37%
Hôpitaux généraux privés	296 759	16%
Cabinet d'autres professionnels de santé	55 642	3%
Cabinets privés de dentistes	92 737	5%
Cabinets privés de médecins	426 590	23%
Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic	296 759	16%
Total général	1 854 741	100%

Les entreprises d'assurance maladie dépensent près de la moitié de leurs dépenses de santé (45 %) en biens médicaux pour patients ambulatoires. Les services de soins curatifs sont le second poste de dépense. En effet, les dépenses en soins en milieu hospitalier s'élèvent à 686 millions de FCFA, soit 37 % des dépenses des assurances. Le détail des dépenses de santé des sociétés d'assurance est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Répartition des dépenses des entreprises d'assurance maladie par fonction

Fonction agrégée	Fonction	Montant (X 1000 de FCFA)	Pourcentage
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	Autres biens médicaux durables	92 737	5%
	Lunetterie et autres produits d'optique	55 642	3%
	Médicaments délivrés sur ordonnance	686 254	37%
Total Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires		**834 633**	**45%**
Services auxiliaires	Imagerie diagnostic pour patients externes	92 737	5%
	Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes	241 116	13%
Total Services auxiliaires		**333 853**	**18%**
Services de soins curatifs	Soins curatifs en milieu hospitalier (dont médicaments, labo, radio et frais administratif)	686 254	37%
Total Services de soins curatifs		**686 254**	**37%**
Total général		**1 854 741**	**100%**

Lorsque les ménages n'ont pas pu cotiser auprès des sociétés d'assurance maladie pour assurer leurs charges de santé, ils les réalisent eux mêmes à travers les débours directs. La composition de ces dépenses est présentée dans le point suivant.

3.2.3. Financement de la santé par les ménages

Les dépenses de santé des ménages en 2006 se sont élevées à 80,617 milliards de FCFA. En valeur relative, les dépenses de santé des ménages représentent, 39,02% par rapport aux dépenses totales de santé en 2006, contre 37,40% en 2005 et 45,% en 2004 et enfin, 49,80% en 2003. En 2006, 2,30 % de ces fonds ont été dépensés à travers les services d'assurance maladie et le reste, soit 78,762 milliards de FCFA, en termes de débours directs. Les débours directs des ménages représentent alors 38,97 % de la dépense totale de santé en 2006.

Les ménages sont la principale source de financement de la santé au Burkina Faso. Leur implication dans ce financement est cependant décroissante avec les années. En effet, en 2005, les ménages contribuaient aux dépenses de santé à hauteur de75,62 milliards de FCFA, soit 42,5 %. Le tableau suivant présente l'évolution de la contribution des ménages au financement de la santé.

Tableau 9 : Participation des ménages au financement de la santé

Année	Financement des ménages (en milliards de FCFA)	Croissance annuelle du financement	Part du financement dans les dépenses totales
2006	80,62	6,61%	39,02%
2005	75,62	2,54%	37,4%
2004	73,75	8,74%	45%
2003	67,82	-	49,8%

Si le montant injecté dans le financement de la santé par les ménages augmente sensiblement d'année en année la part de ce financement dans les dépenses totales baisse. Cela traduit un effort de correction de la structure de ces dépenses. Le niveau est néanmoins toujours important étant donné que deux cinquième de l'effort de santé est toujours supporté par la population. La situation rencontrée ne varie pas sensiblement en considérant les dépenses directes. Dans ce cadre aussi, les ménages sont les principaux agents de financements de la santé. Ceci est démontré par le tableau suivant :

Tableau 10 : Participation des ménages aux dépenses de santé de 2003 à 2006

Année	Dépenses directes des ménages (en milliards de FCFA)	Croissance des dépenses	Part des dépenses dans les dépenses totales
2006	78,76	4,60%	38,27%
2005	75,30	3,59%	42,32%
2004	72,69	7,33%	44,30%
2003	67,73		49,68%

L'implication des ménages dans les dépenses de santé est aussi forte lorsque l'on l'analyse sur le volet absolu. En ce sens, chaque individu dépense en moyenne environ 5 736 FCFA pour les services de santé. Cet indicateur est assez stationnaire depuis quatre ans, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 11 : Dépenses de santé des ménages par habitant de 2003 à 2006

Année	2003	2004	2005	2006
Dépenses de santé des ménages par habitant (en FCFA)	5 552,84	5 817,23	5 740,43	5 736,41

Sources : INSD (RGPH 2006, résultats préliminaires ; projections démographiques)

Cet indicateur est encore plus parlant lorsqu'il est rapporté à la population en âge de travailler. Les habitants en âge de travailler ont, en moyenne, dépensé environ 12 850 FCFA. Ce ratio a, comme le montre le tableau suivant, peu varié depuis quatre années. Il est cependant croissant, c'est-à-dire que la charge de la population en âge de travailler quant aux dépenses de santé croît d'année en année.

Tableau 12 : Dépenses de santé par personne en âge de travailler

Année	2003	2004	2005	2006
Dépenses de santé des ménages par habitant (en FCFA)	11 885,05	12 447,60	12 581,93	12 841,43

Sources : INSD (Projection démographiques)

Les dépenses de santé des ménages sont principalement orientées vers trois types de prestataires. En effet, 59,76 milliards de FCFA ont été dépensés en 2006 par les ménages dans les officines privées. Les deux autres types de prestataires sont les hôpitaux (11,24 milliards de FCFA) et les prestataires de soins ambulatoires (7,76 milliards de FCFA). La répartition des débours des ménages par type de prestataires se présente comme suit :

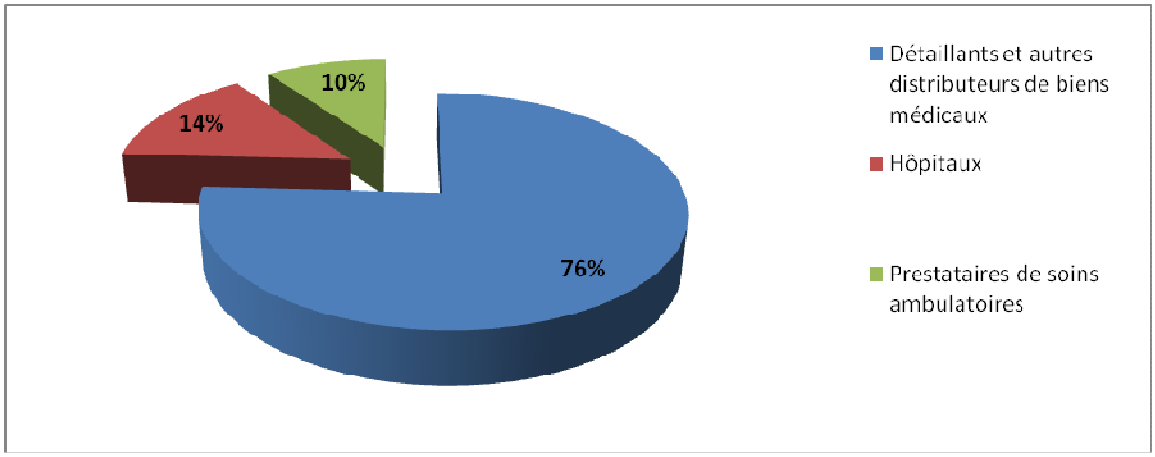

Figure 8 : Répartition des dépenses de santé des ménages par prestataire en 2006

La décomposition des dépenses de santé des ménages par fonction de santé est à l'image de celle par prestataire. 76% des frais engagés ont été utilisés pour l'achat de biens médicaux, 10% pour des services auxiliaires,

5% pour des soins hospitaliers ainsi que pour les soins curatifs. Cette décomposition est illustrée comme suit :

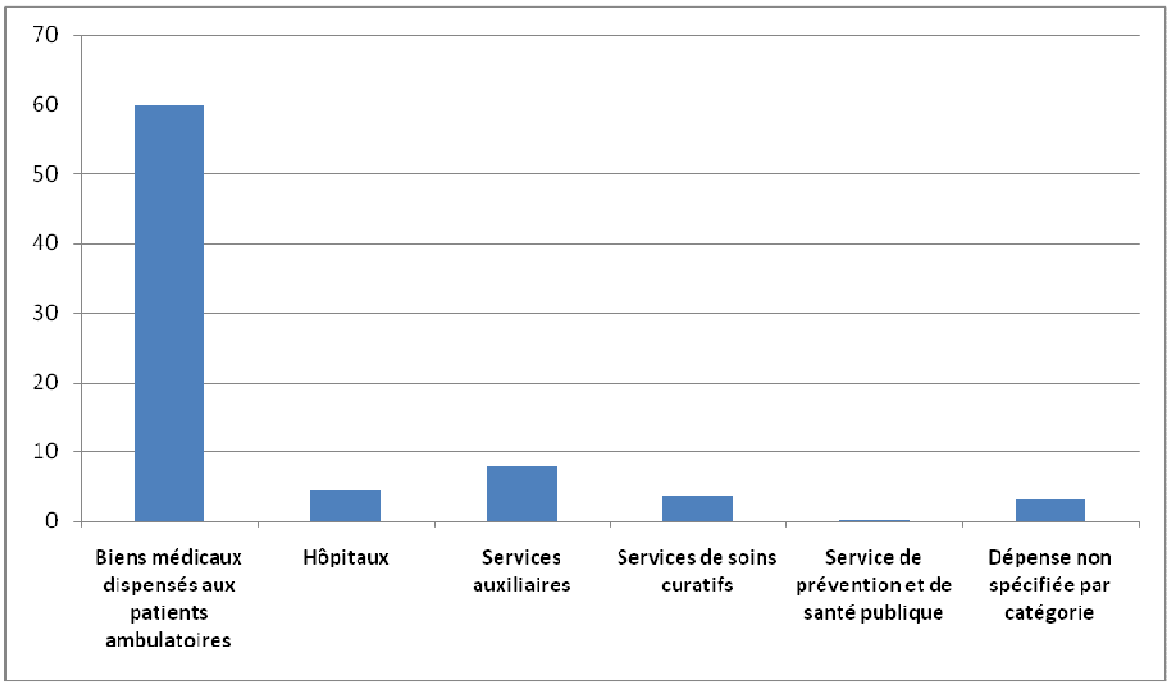

Figure 9 : Répartition des dépenses de santé des ménages par fonction en 2006

Les charges des ménages quant aux dépenses de santé sont, par conséquent, assez importantes. Certains acteurs les appuient alors, en apportant leur soutien surtout aux plus nécessiteux. Il s'agit des ONG et associations.

3.2.4. Financement de la santé par les ONG/associations

Les ONG et associations, par ailleurs appelées Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBL/SM) apportent autour de 405 millions de FCFA aux dépenses de santé du pays. Cependant, elles engagent plus de 2,1 milliards en termes de dépenses directes. Cela s'explique par le fait qu'elles collectent le plus souvent leurs fonds de sources diverses dont notamment les partenaires internationaux (1,696 milliards de FCFA).

Les ONG et associations du Burkina Faso orientent leurs dépenses vers deux types de prestataires principalement. Le premier représente les structures d'administration générale des services de santé et d'assurance maladie. 118 millions de FCFA ont été dépensées au bénéfice de ces structures durant l'année 2006. Le deuxième groupe de prestataires rassemble l'ensemble des prestataires de fournitures et de gestion de programmes de santé publique. En effet 1,982 milliards de FCFA ont été

dépensées pour la fourniture et la gestion de ces dits programmes. Cela représente la quasi-totalité de leurs dépenses soit 94%.

Les dépenses des ONG et associations sont principalement destinées aux dépenses en biens médicaux destinés aux patients ambulatoires. Ces dépenses s'élèvent à 1,225 milliards de FCFA, soit 58% de leurs dépenses totales. Les dépenses en services de prévention et de santé publique s'élèvent, elles, à 21%. La répartition des dépenses des ONG et associations est présentée comme suit :

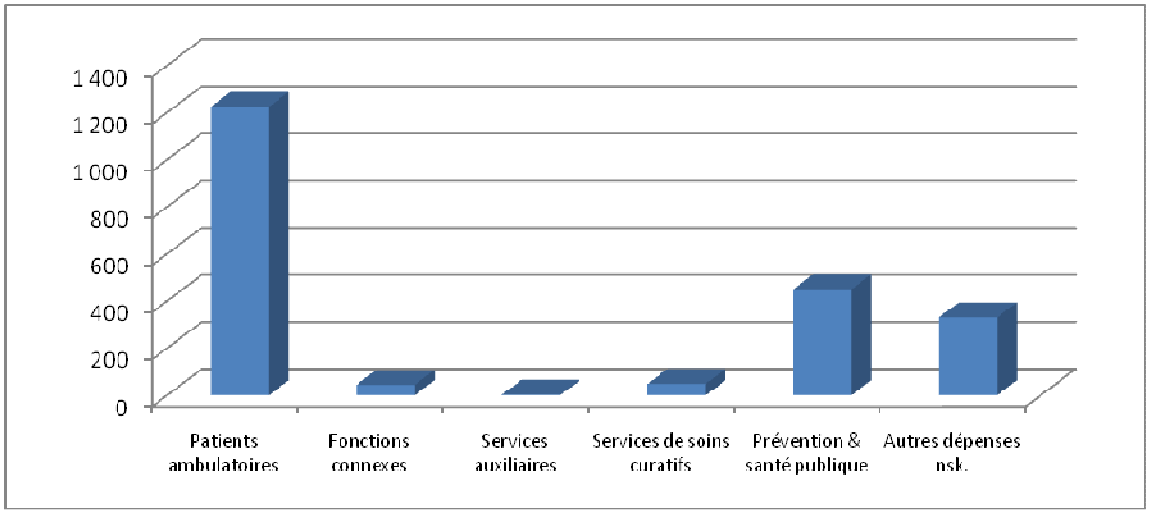

Figure 10 : Fonctions de dépenses de santé des ONG et associations (en milliers)

Les ONG et associations viennent en appui aux ménages pour leur permettre de prendre en charge leurs dépenses de santé. Cet appui est insuffisant. Dans ce cas, l'Etat fait recours aux partenaires extérieurs. Les partenaires extérieurs du pays agissent ainsi comme sources de financement ou comme agents de financement.

Le repérage et la catégorisation de l'ensemble des dépenses de santé ainsi présentées pour l'an 2006 permet, principalement, d'en dégager le niveau des indicateurs. L'observation et le suivi de ces indicateurs vont servir de baromètre du financement de la santé dans le pays.

3.3. Analyse des principaux indicateurs

3.3.1. Méthodologie et définitions

Méthodologie

La démarche méthodologique utilisée pour élaborer les indicateurs essentiels des CNS du Burkina Faso se base essentiellement sur

l'exploitation des bases de données. En plus, il a été exploité le document sur les CNS 2005 à des fins de comparaisons.

Définitions

Les dépenses de santé : 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.

Les dépenses de santé/habitant **:** c'est le total des dépenses effectuées pour améliorer l'état de santé de chaque habitant. Ici nous avons pris la dépense totale de santé divisée par la population totale de l'année 2006.

Dépense des ménages : les dépenses des ménages sont constituées par fonds des ménages proprement dites.

Dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB : Le produit intérieur brut (PIB) est un indicateur économique très usité, qui mesure le niveau de production d'un pays. Il est défini comme la valeur totale de la production interne de biens et services dans un pays donné au cours d'une année donnée par les agents résidents à l'intérieur du territoire national. Le PIB nominal du Burkina en 2006 est de 3388,3 milliards de francs CFA[4]. Nous avons donc obtenu les dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB en divisant les dépenses totales de santé en 2006 (206, 591 milliards) par le PIB nominal (3388,3 milliards).

Dépenses de soins préventifs : Elles concernent les dépenses effectuées dans le cadre des services de prévention et de santé publique englobant la santé maternelle et infantile dont la planification familiale, les CPN, le VIH/SIDA et de la PTME, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la maternité à moindre risque, le programme élargi de vaccination, la prévention des maladies transmissibles, la prévention des maladies non-transmissibles et la médecine du travail avec l'OST.

Pour l'année 2006, les dépenses sur le CDV, l'IEC, la mobilisation communautaire, la prévention des IST, le programme de prévention en milieu de travail, le programme de prévention pour les groupes à risque (travailleuse du sexe, drogués.), et la sécurité transfusionnelle ont été pris en compte au niveau des dépenses des soins préventifs.

Dépenses de soins curatifs : Elles concernent les dépenses effectuées dans le cadre des services de soins curatifs (HC.1) comprenant les soins curatifs en milieu hospitalier, les soins curatifs en hospitalisation de jour, et les soins curatifs ambulatoires dont les services médicaux et diagnostics

[4] PIB de l'année courante évalué à prix courants

courants ou les soins dentaires ambulatoires ou les soins des centres nationaux spécialisés et les autres soins curatifs ambulatoires non spécifiés par type, le traitement antirétroviral adulte, le traitement des infections opportunistes, les soins palliatifs.

Dépenses de médicaments : Elles concernent les dépenses effectuées au compte des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires comme les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables dont les anti-paludéens, anti-tuberculeux, les médicaments contre la lèpre, les médicaments CPN, les médicaments PTME, les médicaments de lutte contre les épidémies et les autres médicaments non spécifiés ailleurs.

Dépenses d'administration générale de la santé : Elles concernent les dépenses effectuées au compte de :

- l'administration de la santé et l'assurance maladie comprenant : l'administration générale de la santé par les administrations publiques dont l'administration générale de la santé stricto sensu avec les directions centrales, les directions régionales de la santé, les équipes cadres de districts, les unités de gestion ou de coordination de projets et programme, **les activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale** ;

- **l'administration de la santé et l'assurance maladie** par les organismes privés dont l'assurance sociale et les autres organismes privés.

Dépenses publiques de santé : Elles concernent le total des dépenses effectuées au compte des fonds publics (total fonds public) : ce sont les dépenses liées à l'administration de la santé et l'assurance maladie, aux biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires, des fonctions sanitaires connexes, les services auxiliaires, les services de réadaptation, les services des soins curatifs, les services de prévention et de santé publique et des dépenses non spécifiées par catégorie.

3.3.2. Résultats

<u>Tableau 13</u> : Indicateurs primordiaux

Intitulés	**Indicateurs**
1. Population	14 017 262
2. PIB (milliards)	3388,3
3. Dépenses total en santé (milliard)	206, 591
4. Dépenses des ménages (milliard)	80,62
5. Dépenses publiques en santé (milliard)	58,99
6. Dépenses de santé par habitant (F CFA)	15 046
7. Dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB	6,47%
8. Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	38,27%
9. Dépenses de santé des ménages par paiement direct en % des dépenses de santé des ménages	99,49%
10. Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé	25,80%
11. Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	10,59%
12. Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	32,04%
13. Dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses publiques de santé	32,90%

3.3.3. Indicateurs optionnels

Dépenses de santé de l'Etat en % des dépenses totales de santé

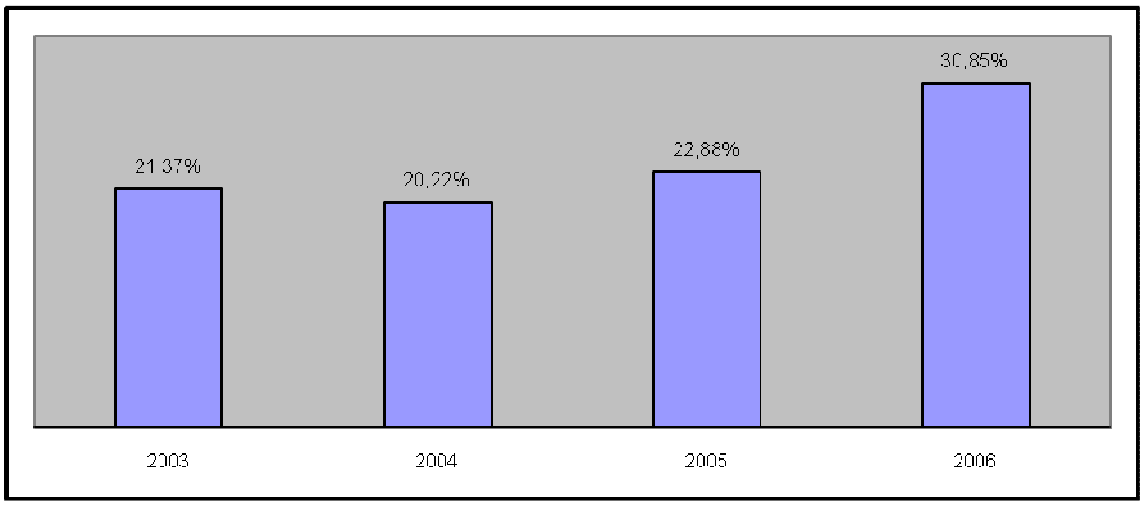

Figure 11 : Dépenses de santé de l'Etat en % des dépenses totales de santé

Les dépenses en santé de l'administration centrale ont été de 63,5 milliards soit 30,9% des dépenses totales de santé en 2006. Cette contribution a représenté respectivement 21,4%, 20,2% et 22,9% en 2003, 2004 et 2005. Ce qui révèle une augmentation importante des dépenses que l'Etat a engagé en 2006 par rapport aux années précédentes pour faire face aux problèmes de santé.

Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé

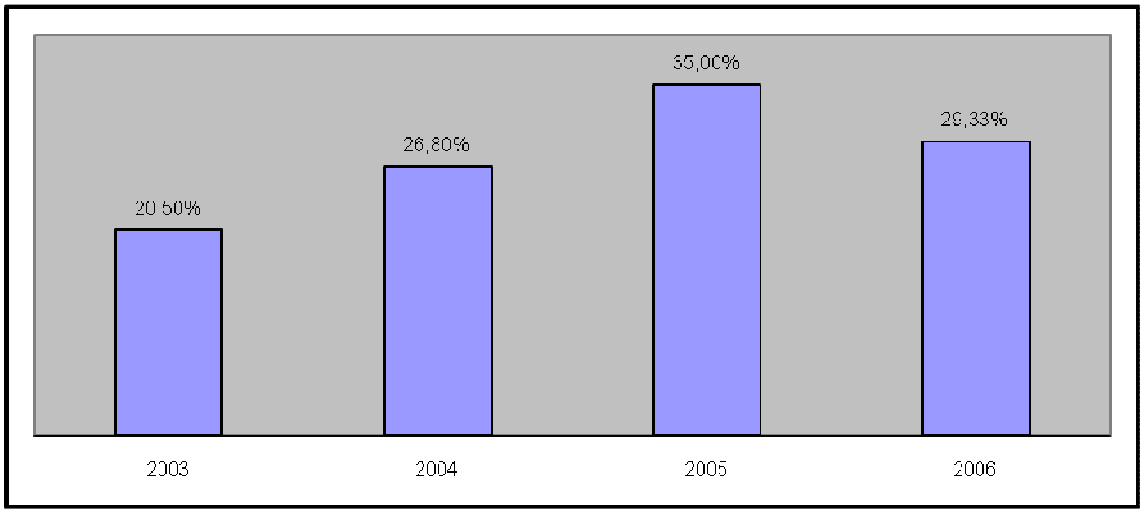

Figure 12 : Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé

Le reste du monde a été le deuxième pourvoyeur de fonds dans le financement de la santé en 2005 avec 35% des dépenses de santé et le troisième pourvoyeur en 2003, 2004 et 2006 avec respectivement 20,50%, 26,80% et 29,33% de contribution. On peut retenir que l'intervention de l'extérieur dans le financement du secteur de la santé au Burkina est très remarquable surtout à partir de 2004.

Tableau 14 : Taux de croissance annuelle de la contribution en % du reste du monde dans les dépenses de santé

	2004	**2005**	**2006**	**Moyenne**
Taux de croissance annuelle	30,73%	30,60%	-16,19%	15,05%

Malgré la baisse de 16,19% enregistrée en 2006, la part des dépenses du reste du monde dans les dépenses totales de santé connaît une progression générale de 15,05% entre 2003 et 2006.

Dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres en % des dépenses totales de santé

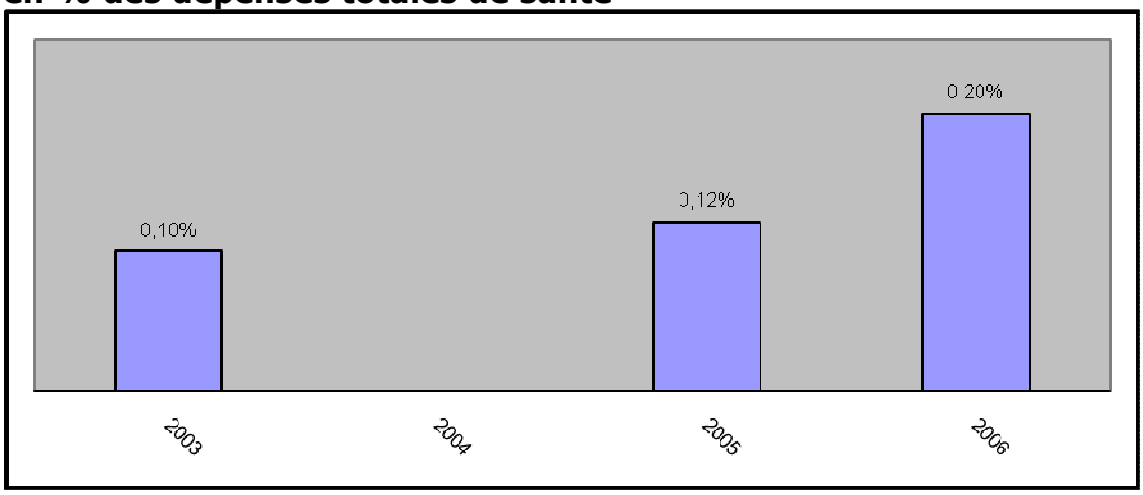

Figure 13 : Dépenses de santé des collectivités locales sur fonds propres en % des dépenses totales de santé

La part des dépenses de santé sur fonds propres des collectivités territoriales dans les dépenses totales de santé a évolué de 0,10% à 0,20% entre 2003 et 2006. Avec le renforcement de la décentralisation et la mise en place des budgets des communes et des gouvernorats, les années à venir devront connaître une augmentation significative de la contribution des collectivités territoriales dans le financement du secteur de la santé du fait de la communalisation intégrale en cours et du transfert de compétence des services de santé de base aux communes (urbaines et rurales).

Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat

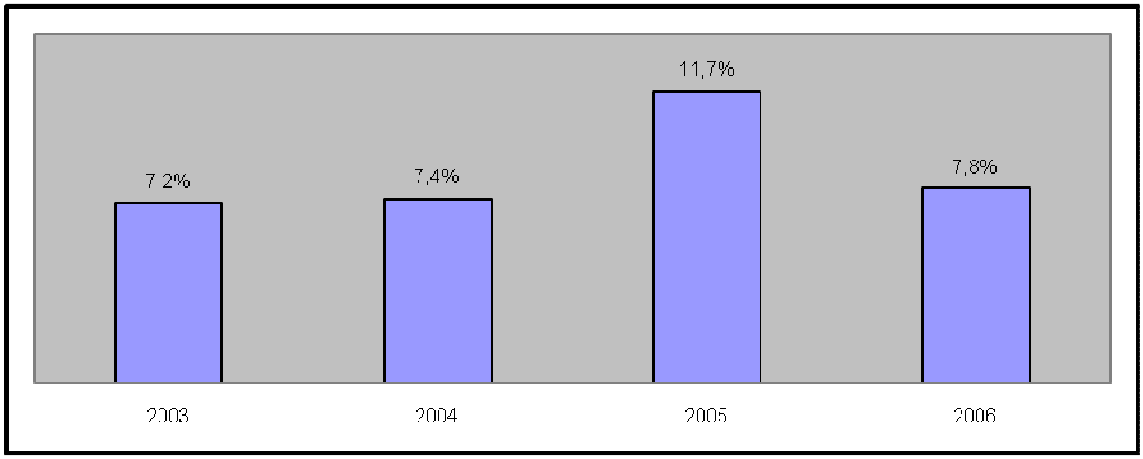

Figure 14 : Pourcentage des dépenses de santé de l'Etat sur budget de l'Etat

Le budget alloué à la santé par l'Etat burkinabé en 2006 était de 69,6 milliards de FCFA. Il représente 7,8% du budget national. De 2003 à 2006, la part du budget alloué à la santé est de 8,5%. La part du budget de la santé dans le budget de l'Etat est en deçà de la déclaration d'Abuja (15%).

Ratio des salaires payés par l'Etat sur les dépenses de santé de l'Etat

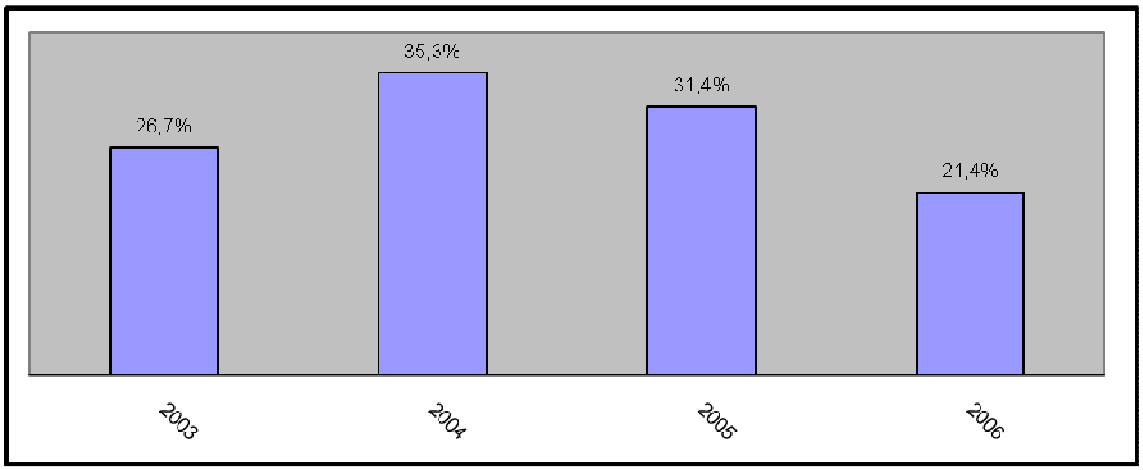

Figure 15 : Ratio salaires payés par l'Etat sur dépense totale de santé de l'Etat

Dans les dépenses de l'Etat consacrées à la santé en 2006, 21,4% sont constituées de rémunérations salariales. Le ratio des salaires payés par l'Etat sur ses dépenses de santé est assez variable d'une année à une autre, mais dépasse la barre de 20%. Entre 2003 et 2006, en moyenne 28,7% des dépenses de santé de l'Etat ont servi à la rémunération des salariés.

Tableau 15 : Ratio formation de capital sur les dépenses totales de santé

	2005	2006
Formation de capital	12 735	11 563
Ratio formation de capital sur dépenses totales de santé	6,3%	5,6%

Le ratio de formation de capital sur les dépenses totales de santé a été de 6,3% en 2005 et de 5,6% en 2006 marquant ainsi une baisse de la part des dépenses de santé consacrées à l'investissement dans les infrastructures et les équipements sanitaires.

Tableau 16 : Ratio des soins curatifs sur les soins préventifs

	2005	2006
Soins curatifs et de réadaptation	21 056	21 816
Soins préventifs	20 666	52 276
Ratio des soins curatifs sur les soins préventifs	101,9%	41,7%

Le ratio des soins curatifs sur les soins préventifs est de 41,7% en 2006. En 2005, ce ratio était de 101,9%, d'où une baisse de 59% en 2006. Cette baisse provient de la hausse de 153% des soins préventifs en 2006 par rapport à 2005.

IV. SOUS COMPTE PALUDISME 2003 A 2006

4.1. Aperçu sur la situation du paludisme au Burkina Faso

Au Burkina Faso, le paludisme est endémique et constitue un problème majeur de santé publique. Il constitue la première cause de consultations, d'hospitalisations et de décès dans les formations sanitaires publiques.

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

- 48,39% des motifs de consultation ;
- 54,07% des hospitalisations ;
- 76,48% des décès.

La lutte contre le paludisme s'inspire, d'une part des priorités nationales du secteur de la santé et des autres secteurs de développement, et d'autre part des stratégies internationales de lutte contre le paludisme recommandées par l'OMS. Elle a pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme au sein de la population générale et en

particulier chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes. Ceci entre en droite ligne avec les priorités définies par le PNDS 2001-2010, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté adopté en avril 2004 et les objectifs du millénaire pour le développement.

Pour atteindre cet objectif, le Burkina Faso a mis en place en 1991, un programme national de lutte qui a développé des stratégies de lutte issues des directives nationales de lutte antipaludique et s'inspirant fortement des stratégies mondiales de lutte contre le paludisme. Il s'agit de :

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

Ces stratégies s'appuient sur des stratégies de soutien qui sont :

- 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 grâce aux contributions de l'Etat, du reste du monde (ressources extérieures), des ONG/associations et surtout des ménages.

En dépit des interventions importantes menées ces dernières années notamment dans le domaine de la prévention (distribution de MTI) et la prise en charge des cas (gratuité de la prise en charge chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes), l'analyse globale de la situation actuelle montre que les résultats de la lutte contre le paludisme restent encore en déça des attentes. Ceci pourrait s'expliquer par :

- la faiblesse du système national de santé (capacité d'accueil des structures, plateau technique, système de référence/recours) ;
- l'insuffisance des financements mobilisés ;
- le retard dans la disponibilité des intrants à tous les niveaux ;
- la mise en œuvre insuffisante de certaines interventions et stratégies de lutte contre le paludisme (non disponibilité des ACT malgré le changement de politique thérapeutique, la faible utilisation des MTI et des autres mesures préventives par les communautés) ;
- l'insuffisance dans le suivi et l'évaluation des interventions de lutte antipaludique.

4.2. Volume de financement des dépenses du paludisme

Le volume des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme est estimé à 12,474 milliards en 2003, 12,167 milliards en 2004, à 15,688 milliards en 2005 et à 18,740 milliards en 2006.

4.3. Sources de financement des dépenses du paludisme

Tableau 17 : Volume des dépenses annuelles par source de financement du paludisme de 2003 à 2006

Année	Volume des dépenses x 1000						
	Secteur privé		Secteur public		Reste du Monde		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	
2003	11 169 454	89,54	119 582	0,96	1 184 898	9,50	12 473 934
2004	11 153 023	91,67	180 667	1,48	833 165	6,85	12 166 855
2005	12 368 000	78,84	373 446	2,38	2 946 173	18,78	15 687 619
2006	14 217 601	75,87	2 207 695	11,78	2 315 097	12,35	18 740 393

Le tableau ci-dessus montre que c'est le secteur privé notamment les ménages, qui financent en grande partie les dépenses de lutte contre le paludisme avec respectivement, 89,54% en 2003, 91,67% en 2004, 78,84% en 2005 et 76,50% en 2006 du volume du financement. Ils sont suivis par le reste du monde puis par le secteur public.

Tableau 18 : Part du Fonds mondial dans le financement des dépenses consacrées à la lutte contre le paludisme entre 2003 et 2006

Année	Total des dépenses de santé consacrées au paludisme	Financement Reste du Monde	Financement Fonds mondial	% par rapport au RdM	% par rapport au Dépenses totales
2003	12 473 934	345 505	-	0,00	0,00
2004	12 166 855	833 165	45 238	5,43	0,37
2005	15 687 619	2 946 173	2 790 272	94,71	17,79
2006	18 740 393	2 315 097	655 918	28,33	3,50

Selon le tableau n°18 ci-dessus la part du Fonds mondial dans le financement des dépenses de santé consacrées à la lutte contre de paludisme est estimé à 0,37% en 2004, à 17,79% en 2005 et à 3,50% en 2006. Cela représentait par rapport au financement du reste du monde respectivement 5,43% en 2004, 94,71% en 2005 et 28,33% en 2006.

4.4. Agents de financement

Tableau 19 : Répartition des financements consacrés au paludisme selon les agents de financement de 2003 à 2006

Année	Volume des dépenses X 1000						
	Secteur privé		Secteur public		Reste du Monde		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	
2003	23 269 696	94,69	958 976	3,90	345 505	1,41	24 574 176
2004	11 153 023	91,65	1 013 832	1,48	833 165	6,85	12 166 855
2005	12 397 086	79,02	1 442 718	9,20	1 847 814	11,78	15 687 619
2006	14 335 607	76,50	2 459 695	13,13	1 945 091	10,38	18 740 393

Le tableau ci-dessus montre que de 2003 à 2006, ce financement est distribué entre principalement trois classes d'agents que sont, le secteur privé avec 76,50% à 94,69%, le reste du monde avec 1,41% à 11,78%, et le secteur public avec 3,90% à 13,13%.

4.5. Prestataires de services

Tableau 20 : Les prestataires de services et leur financement de 2003 à 2006

Année	Volume des dépenses X 1000								
	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux		Administration générale de la santé et de l'assurance maladie		Institutions fournissant des services sanitaires connexes		Hôpitaux		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	
2003	23 269 696	94,69	345 505	1,41	958 976	3,90		0,00	24 574 176
2004	11 153 023	91,67	306 674	2,52	707 158	5,81		0,00	12 166 855
2005	12 368 000	78,84	2 571 335	16,39	508 347	3,24	239 916	1,53	15 687 619
2006	14 217 601	75,87	2 715 712	14,49	1 028 870	5,49	778 210	4,15	18 740 393

Où vont les fonds mobilisés par les agents de financement ?

Lorsqu'on examine la répartition des ressources entre les prestataires de services de santé, les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux viennent en tête avec une part comprise entre 75,87% et 94,69%. Ils sont suivis par l'administration générale de la santé et de l'assurance

maladie avec 1,41% à 14,49% des dépenses. Les hôpitaux généraux ont reçu respectivement en 2005 et 2006, 1,53% et 4,15% des financements.

4.6. Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires

Tableau 21 : Répartition des dépenses des prestataires selon les fonctions

Années		2003		2004		2005		2006	
Fonctions		Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	moustiquaires imprégnées	262 237	1,07	197 849	1,63	1 721 000	10,97		
	Produits pharma & autres biens médicaux	23 269 696	94,69	11 172 148	91,82	12 713 362	81,04	15 727 041	83,92
Fonctions sanitaires connexes	Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé			707 158	5,81	605 421	3,86	794 481	4,24
	Recherche et développement dans le domaine de la santé	958 976	3,90						
Administration de la santé et Assurance Maladie	Fourniture et gestion de programmes de santé publique	83 268	0,34	89 700	0,74			210 242	1,12
Service de prévention et de santé publique	Prévention des maladies transmissibles					291 230	1,86	678 597	3,62
	Programme de lutte contre le paludisme							1 330 032	7,10
	Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes					43 460	0,28		
Services de soins curatifs	Soins curatifs en milieu hospitalier (dont médicaments, labo, radio et frais administratif)					313 145	2,00		
TOTAL		24 574 176	100,00	12 166 855	100,00	15 687 619	100,00	18 740 393	100,00

Le tableau ci-dessus sur la répartition des dépenses selon les fonctions, montre que les dépenses des prestataires se sont dirigées essentiellement vers les produits pharmaceutiques et les autres biens médicaux avec respectivement 94,69% en 2003, 91,82% en 2004, 81,04% en 2005 et 83,92% en 2006.

Les dépenses liées à l'acquisition de moustiquaires traitées aux insecticides s'est accrue de 2003 à 2005 passant de 1,07% en 2003 à 10,97% en 2005. La formation du capital des établissements prestataires de soins de santé a évolué en dents de scie avec 5,81% en 2004, 3,86% en 2005 et 4,24% en 2006.

V. SOUS COMPTE VIH/SIDA

La nécessité de mesurer les effets à court, moyen et long termes des interventions de la réponse multisectorielle au VIH/SIDA a conduit l'ONUSIDA à développer entre autres la méthodologie NASA (National Aids Spending Assessment). La mise en œuvre de cet instrument au Burkina Faso depuis 2003 a conduit à analyser les flux de financement, à suivre les traces des ressources allouées à la lutte contre le SIDA depuis la source de financement en passant par les agents de financement, les prestataires, jusqu'aux bénéficiaires finals. La méthodologie utilisée s'inspire des comptes sociaux en général et des comptes nationaux de santé en particulier.

5.1. Volume des financements du VIH/SIDA de 2003 à 2006

La mise en œuvre de NASA au Burkina Faso permet de connaître le volume et l'origine réelle des fonds alloués à la lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Les dépenses totales ont été de 14,101 milliards de FCFA en 2003, 17,97 milliards de FCFA en 2004, 24,112 milliards de FCFA en 2005 et 21,28 milliards de FCFA en 2006.

5.2. Sources de financement du VIH/SIDA de 2003 à 2006

La structure de sources de financement est demeurée la même avec un financement extérieur dominant de l'ordre de 80% environ, suivi par le privé puis du public. La part du privé est allée en dents de scie de 2003 à 2006 (14,46% ; 11,68% ; 12,44 ; et 9,48). Mais, elle est restée plus importante que celle du public.

Tableau 22 : Evolution des financements VIH/SIDA par source de 2003 à 2006, en milliers de FCFA

	Année 2003		Année 2004		Année 2005		Année 2006	
Sources de financement	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%

Financements publics	160 972	1,14%	1 221 254	6,80%	1 442 386	5,98%	1 863 634	8,76%
Financements privés	2 038 750	14,46%	2 099 176	11,68%	2 999 956	12,44%	2 017 242	9,48%
Financements extérieurs	8 286 393	58,76%	14 644 924	81,52%	19 670 239	81,58%	17 403 284	81,77%
Fonds non identifies par type	3 615 230	25,64%						
Total	**14 101 345**	**100%**	**17 965 354**	**100%**	**24 112 581**	**100%**	**21 284 160**	**100%**

5.3. Agents de financement du VIH/SIDA de 2003 à 2006

Au cours des années 2005 et 2006, la majorité des ressources (54,52% et 59,01%) mises à disposition pour financer la réponse nationale a été gérée par l'administration publique pour mettre en place sa politique nationale de lute contre le VIH/SIDA.

Tableau 23 : Evolution des financements par agents de financement du VIH/SIDA de 2003 à 2006, en milliers de FCFA

	Année 2 003		**Année 2 004**		**Année 2 005**		**Année 2 006**	
Agent de financement	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Secteur public	4 669 607	33,11%	1 221 254	6,80%	13 145 247	54,52%	12 560 122	59,01%
Secteur privé	2 058 790	14,60%	2 319 112	12,91%	5 252 560	21,78%	3 713 675	17,45%
Reste du Monde	7 372 948	52,29%	14 424 988	80,29%	5 714 774	23,70%	5 010 363	23,54%
Total général	**14 101 345**	**100%**	**17 965 354**	**100%**	**24 112 581**	**100%**	**21 284 160**	**100%**

5.4. Prestataires de service VIH/SIDA de 2003 à 2006

De 2003 à 2006, la fourniture et la gestion des programmes de santé publique est restée le prestataire de soins le plus important variant en dents de scie de 41,08% à 80, 63%. Ensuite, viennent les hôpitaux, les distributeurs de biens médicaux et les prestations de soins ambulatoires.

Tableau 24 : Evolution des dépenses par prestations de soins de 2003 à 2006

Prestataires de soins	**2 003**	**2004**	**2 005**	**2 006**

Autres prestataires de services de santé	19 079	0,14%	2 519 800	14,03%		0,00%	334 162	1,57%
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux	381 826	2,71%	3 907 563	21,75%	1 237 102	5,13%	1 536 800	7,22%
Fourniture et gestion de programmes de santé publique	9 570 212	67,87%	7 380 398	41,08%	19 443 060	80,63%	12 626 433	59,32%
Hôpitaux	1 840 191	13,05%	1 261 595	7,02%	828 778	3,44%	4 349 754	20,44%
Institutions fournissant des services sanitaires connexes	-	-	220 756	1,23%	687 580	2,85%	1 046 144	4,92%
Prestataire non spécifié par type	277 410	1,97%	1 450 778	8,08%	915 646	3,80%	258 241	1,21%
Prestataires de soins ambulatoires	2 012 627	14,27%	1 224 463	6,82%	1 000 415	4,15%	1 132 627	5,32%
Total général	**14 101 345**	**100%**	**17 965 354**	**100%**	**24 112 581**	**100%**	**21 284 160**	**100%**

5.5. Fonctions VIH/SIDA de 2003 à 2006

Par fonction, les dépenses de prévention et de santé publique étaient les plus élevées (36,02% et 23,74%) en 2003, (29,87%) en 2004, (39, 60%) en 2006. En 2005, les dépenses de soins curatifs étaient de 38, 82%. Contrairement aux autres années où les services de soins curatifs suivent les dépenses de prévention, en 2004, les dépenses en biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires venaient en seconde ligne avec 14,80%.

Tableau 25 : Evolution des dépenses VIH/SIDA par fonction de 2003 à 2006

Fonctions VIH	**2 003**		**2 004**		**2 005**		**2 006**	
Administration de la santé et Assurance Maladie	2 047 778	14,52%	2 353 668	13,10%		-		-
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	688 889	4,89%	2 659 658	14,80%	1 144 264	4,75%	1 711 532	8,04%
Fonctions sanitaires connexes	742 749	5,27%	2 545 848	14,17%	932 889	3,87%	1 670 604	7,85%
Non spécifiée pour CNS	1 828 285	12,97%	1 540 906	8,58%	3 625 326	15,03%	2 663 295	12,51%
Service de prévention et de santé publique	5 079 896	36,02%	5 366 590	29,87%	8 829 207	36,62%	8 428 136	39,60%
Services auxiliaires	366 446	2,60%	1 107 126	6,16%	196 624	0,82%	626 650	2,94%

Services de soins curatifs	3 347 303	23,74%	2 391 558	13,31%	9 384 271	38,92%	6 183 942	29,05%
Total général	**14 101 345**	100%	**17 965 354**	100%	**24 112 581**	100%	**21 284 160**	100%

Les financements des dépenses VIH/SIDA, en dépit de leur volume relativement important ne couvre pas les besoins. Malgré les efforts consentis par l'Etat, la contribution du secteur public reste insuffisante par rapport aux besoins de financement total. Cette insuffisance est comblée par les ressources extérieures (dons et subventions) et les fonds des ménages.

En tant que agent de financement, le secteur public occupe une place de choix d'année en année dans la gestion des ressources et dans la politique en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

VI. SOUS COMPTE TUBERCULOSE 2003 A 2006

6.1. Aperçu sur la situation de la tuberculose au Burkina Faso

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

Depuis 1993, elle a été déclarée par l'OMS comme étant une urgence sanitaire mondiale. Au Burkina Faso, elle est placée au rang des problèmes prioritaires depuis 1995.

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

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, la recherche active des absents au traitement et des perdus de vue et la décentralisation de la collecte des crachats et de la prise en charge des malades.

6.1.1. La détection des cas

a) Stratégie

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

b) Evolution du nombre de cas de tuberculose dépistés de 2003 à 2006

L'évolution du nombre de cas est représentée à travers le graphique suivant. En effet, le nombre de cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) a évolué considérablement, passant de 1703 cas en 2003 à 2660 cas en 2006.

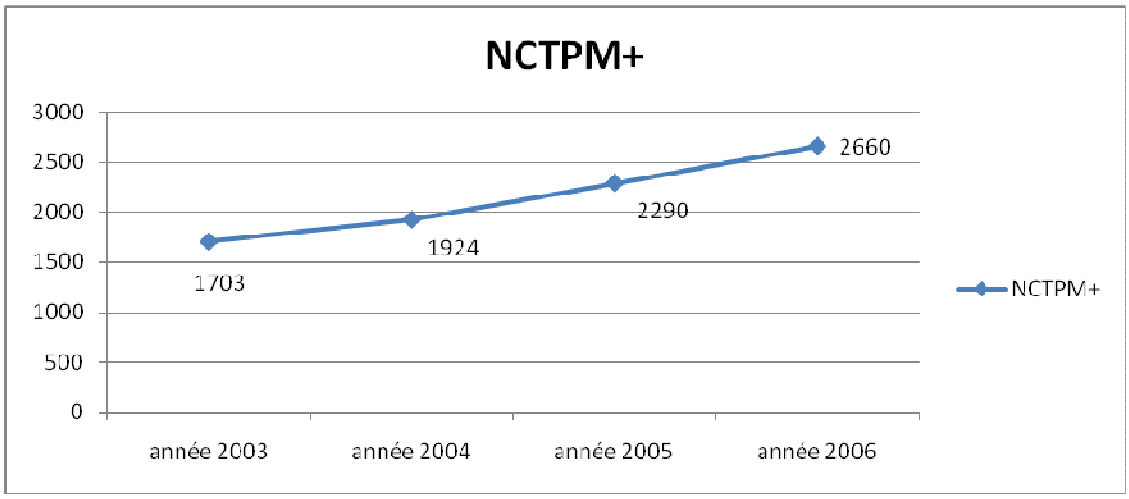

Figure 16 : Evolution du nombre de nouveaux cas de tuberculose dépistés de 2003 à 2006

6.1.2. Le traitement (TDO)

a) Stratégie

Le traitement de la tuberculose est standardisé sur l'ensemble du territoire et dure 8 mois. Elle 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.

b) Situation actuelle/principaux résultats enregistrés

L'application du traitement directement observé (TDO) par le PNT depuis 1995 a permis d'obtenir des taux de succès au traitement de 71,5% en 2005 et 73,6% pour la cohorte des trois premiers trimestres de 2006.

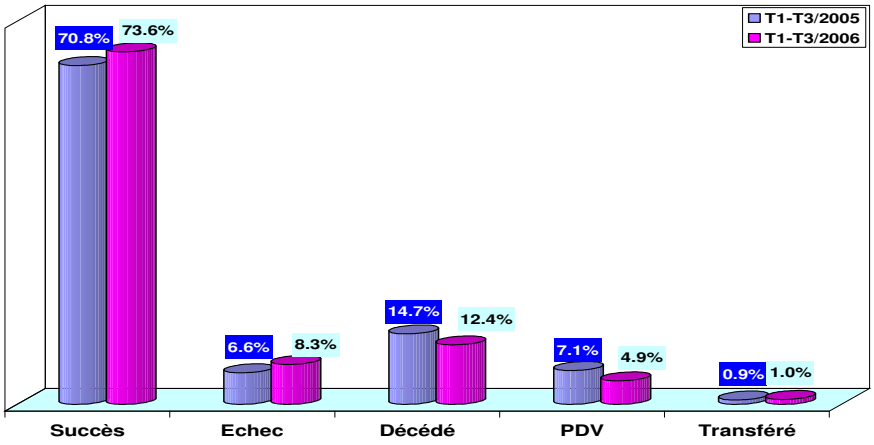

Figure 17 : Situation des cas de tuberculose traité de 2005 à 2006

Le taux de réalisation du test VIH chez les tuberculeux pour les trois premiers trimestres de l'année 2007 est de 48% (objectif national est de 70%, la norme OMS : 80%).

6.1.3. La Recherche active des absents au traitement et des perdus de vue

a) Brève présentation de la stratégie

Elle consiste à apporter un appui en logistique et en ressources financières aux formations 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.

b) **Situation actuelle/principaux résultats enregistrés jusqu'en 2006**

On note une nette diminution au cours des trois dernières années. Le taux des malades perdus de vue est passé de 17% en 2003 à 12% en 2004, et de 6,2% en 2005 à 4,9% pour les trois premiers trimestres de l'année 2006 (Norme OMS : 5%).

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

a) Brève présentation de la stratégie

La stratégie de décentralisation a pour but de rapprocher au mieux les services de dépistage et de traitement des malades. Elle est mise en œuvre dans les CSPS, les services de santé de l'Office de Santé des Travailleurs (OST) et dans les infirmeries des prisons. Elle consiste à mettre en place des moyens techniques, matériels et humains pour assurer la suspicion des cas de tuberculose, le prélèvement correcte des crachats, leur acheminement dans des conditions idéales au laboratoire pour la bacilloscopie et d'assurer, le cas échéant le suivi du malade au niveau du CSPS au plan thérapeutique et bacilloscopique.

b) Situation actuelle/principaux résultats enregistrés jusqu'en 2007

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

6.2. Volume des financements de la tuberculose

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

6.3. Sources de financement des dépenses de la tuberculose

Deux principales sources ont contribué au financement de la tuberculose de 2003 à 2006. Il s'agit principalement du reste du monde et de l'Etat, et dans une moindre mesure les ménages en 2006.

Toutefois, il convient de noter que la part du financement de l'Etat dans le financement de la tuberculose a évolué de 2003 à 2006, tout en restant relativement faible. En effet, de 2003 à 2006, la contribution de l'Etat au financement de la tuberculose a représenté les proportions suivantes : 0,13% en 2003 ; 3,04% en 2004 ; 6,71% en 2005 et 7,97% en 2006.

Les financements de l'Etat ne prennent pas en compte les salaires du personnel impliqué dans la lutte contre la tuberculose.
Le reste du monde constitue la principale source de financement de la lutte contre la tuberculose, et plus singulièrement, le Fonds mondial.
En effet, la part relative des financements du reste du monde par rapport au financement total est la suivante : 99,87% en 2003, 96,96% en 2004, 93,29% en 2005 et 91,09% en 2006.

L'intervention du Fonds mondial dans la lutte contre la tuberculose a commencé en 2005. Et dès ce moment, elle a été la principale source de financement, avec 1,351 milliards de FCFA en 2005 soit 95,26% des financements du reste du monde et 88,87% par rapport au financement total en 2005. En 2006, le volume de financement du Fonds mondial a été de 1,892 milliards de FCFA soit 100% des financements par rapport au financement du reste du monde et 91,09% par rapport au financement total de la tuberculose.

La contribution des ménages au financement de la tuberculose est faible voire inexistante de 2003 à 2005. En effet, suivant la politique nationale, les soins liés au traitement de la tuberculose sont gratuits pour les malades. Cependant, compte tenu de certaines pratiques constatées sur le terrain, il arrive que certains ménages contribuent aux dépenses de santé de la tuberculose, par le fait des agents de santé et de l'ignorance de ceux-ci de la gratuité. Ainsi, suite à l'enquête ménage réalisée pour le compte de la présente étude, les malades ont payé 19,596 millions de FCFA.
L'évolution des financements de la tuberculose par source de financement de 2003 à 2006 se présente dans le tableau suivant.

Tableau 26 : Financement de la tuberculose de 2003 à 2006 par source de financement en milliers de FCFA

Source de Financement			2003	2004	2005	2006
FS.1		**Fonds Publics**	451	11 610	102 000	165 500
FS.1.1		Fonds des administrations publiques	451	11 610	102 000	165 500
	FS.1.1.1	Fonds de l'administration centrale	451	11610	102 000	165 500
FS.2		**Fonds privés**	0	0	0	19 596
FS.2.2		Ménages				19 596
FS.3		Reste **du Monde**	340 057	369 796	1 418 206	1 891 657
	FS.3.1.1	Fonds Mondial			1350 932	1 891 657
	FS.3.1.2	Coopération bilatérale	340057	351737		
	FS.3.1.3	OMS		18059		
	FS.3.1.4	Global Drug Facility			67274	
TOTAL TB			**340 508**	**381 406**	**1 520 206**	**2 076 753**

6.4. Agents de financement

Il existe quatre agents de financement pour la tuberculose :

- ✓ le Ministère de la Santé, à travers le Centre national de lutte anti tuberculeux (CNLAT) et le Programme National Tuberculose (PNT) ;
- ✓ le Programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC), pour la sensibilisation ;

- ✓ le PNUD, qui a été le bénéficiaire principal des financements du Fonds mondial ;
- ✓ et les ménages dans une moindre mesure.

De 2003 à 2004, le Ministère de la Santé a été le principal agent de financement de la tuberculose (100% sur les deux périodes). Le pourcentage est passé de 52,10% en 2005, puis à 34,02% en 2006. En 2005, 32,73% des financements, puis 54,68% en 2006 ont transité par le PNUD pour aller vers le bénéficiaire secondaire qui est le PNT. S'agissant du PAMAC, 15,16% des financements y ont transité en 2005 et 10,37% en 2006. Il convient de noter que le PAMAC a commencé à être le bénéficiaire secondaire des financements du Fonds mondial pour la lutte contre la tuberculose qu'en 2005, pour la sensibilisation et la mobilisation communautaire. Suite, à l'enquête ménage, réalisée dans le cadre de l'étude à cinq ans du Fonds mondial, 0,93% des dépenses ont été réalisées par les ménages en 2006.

Le tableau suivant présente l'évolution des financements par agent de financement de 2003 à 2005.

<u>Tableau 27</u> : Evolution des financements de la tuberculose par agent et par source de financement

SOURCES DE FINANCEMENT									
AGENTS DE FINANCEMENT			Fonds Publics	Fonds privés	Reste du monde				Total Général
			Fonds Admi. Centr.	Ménages	Fonds Mondial	OMS	Autres bilat.	Global Drug Facility	
	2003	Ministère Santé	451				340 057		340 508
	2004	Ministère Santé	11 610			18 059	351 737		381 406
	2005	Ministère Santé	102 000		622 806			67 274	792 080
	2006	Ministère Santé	165 500		528 274				693 774
	Total Ministère santé		279 561	0	1 151 080	18 059	691 794	67 274	2 207 768
	2005	PNUD			497 627				497 627
	2006	PNUD			1 145 981				1 145 981
	Total PNUD		0	0	1643608	0	0	0	1 643 608
	2005	PAMAC			230 499				230 499
	2006	PAMAC			217 402				217 402
	Total PAMAC		0	0	447901	0	0	0	447 901
	2006	Ménages		19 596					19 596
	Total Ménages		0	19 596	0	0	0	0	19 596
Total général			279 561	19 596	3 242 589	18 059	691 794	67 274	4 318 873

Le graphique suivant présente l'évolution des financements par agent.

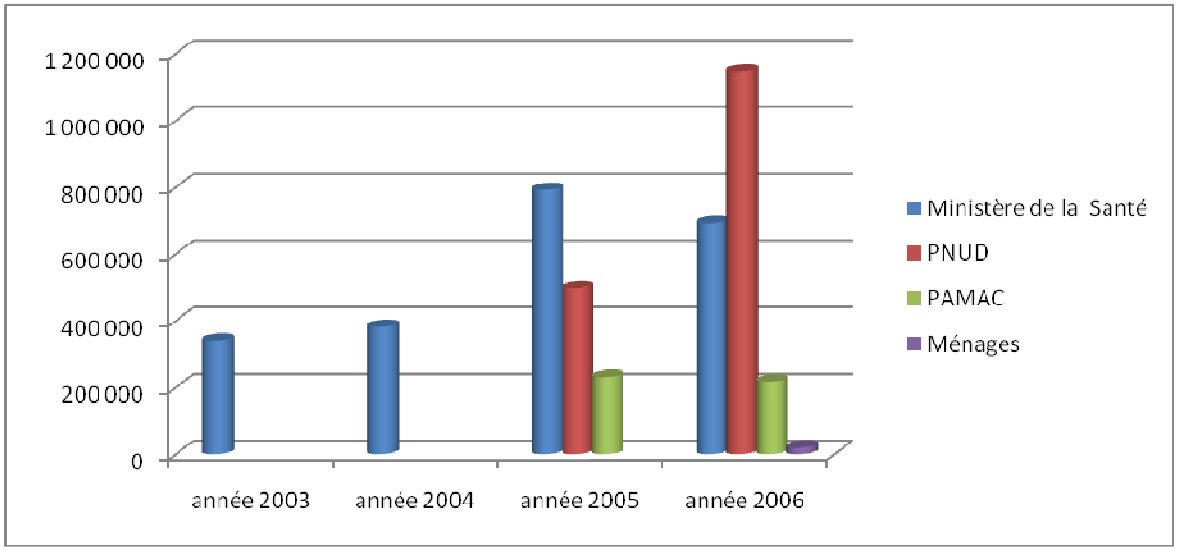

Figure 18 : Evolution des financements par agent

6.5. Prestataires de services

Suivant les prestataires, on distingue trois groupes, qui reçoivent des fonds en contre partie de la production d'activités entrant dans le cadre de la tuberculose.

Les prestataires de soins ambulatoires (les hôpitaux, les centres de dépistage de la tuberculose (CDT) et le CNLAT) : 38,78% en 2003, 50,48% en 2004, 61,46% en 2005 et 26,99% en 2006 des financements ont été consacrés pour les dépenses de tuberculose.

La fourniture et la gestion de programme de santé (Programme national tuberculose) : 61,22% en 2003, 49,52% en 2004, 38,54% en 2005 et 72,58% en 2006 des financements y ont été consacrés.

Les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux : 0,43% des dépenses y ont été réalisée par les ménages, pour essentiellement l'achat de produits pharmaceutiques.

6.6. Fonctions de tuberculose

Quel que soit le type d'analyse ou de classification, de 2003 à 2006, les fonctions sanitaires connexes occupent une place très importante dans les dépenses de tuberculose. Et cela est principalement dû à la formation du

capital, relatif aux investissements. Les fonctions sanitaires connexes représentent, par rapport aux dépenses totales tuberculose, 0,234 milliards de FCFA (68,58%) en 2003 ; 0,168 milliard de FCFA (44,14%) en 2004 ; 0,911 milliard de FCFA (59,90%) en 2005 et 1,498 milliard de FCFA (71,49%) en 2006.

Comparé aux dépenses sanitaires connexes, la formation du capital représente 0,155 milliard de FCFA (66,53%) en 2003, 0,101 milliard de FCFA (60,11%) en 2004, 0,549 milliard de FCFA (60,30%) en 2005 et 1,204 milliard de FCFA (80,39%) en 2006, Viennent ensuite les dépenses de prévention. Rapportées aux dépenses totales par an, les dépenses de prévention ont été de 0,64 milliards de FCFA (18,74%) en 2003, 0,136 milliard de FCFA (35,71%) en 2004, 0,213 milliard de FCFA (13,99%) en 2005 et 0,162 milliard de FCFA (7,72%) en 2006.

Les dépenses d'administration de la santé et de l'assurance maladie pour la tuberculose sont essentiellement représentées par des dépenses d'administration soit, 0,31 milliard de FCFA (8,97%) en 2003, 0,43 milliard de FCFA (11,36%) en 2004, 0,226 milliard de FCFA (14,90%) en 2005 et 0,266 milliard de FCFA (12,69%) en 2006.

Tableau 28 : Classification fonctionnelle des dépenses de tuberculose de 2003 à 2006

Fonctions agrégées	Fonctions	Total 2003		Total 2004		Total 2005		Total 2006	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Administration de la santé et Assurance Maladie	Administration générale de la santé : administrations publiques	30 560	8,97	43 314	11,36	226 457	14,9	266 030	12,69
Total Administration de la santé et Assurance Maladie		**30 560**	**8,97**	**43 314**	**11,36**	**226 457**	**14,9**	**266 030**	**12,69**
Fonctions sanitaires connexes	Education et formation du personnel de santé	77 016	22,62	39 705	10,41	161 889	10,65	112 600	5,37
	Education formation	0	0	22 926	6,01	199 632	13,13	181 213	8,65
	formation du capital	155 360	45,63	101 200	26,53	549 014	36,11	1 204 542	57,47
	Recherche et développement	1 132	0,33	4 533	1,19	0	0	0	0
Total Fonctions sanitaires connexes		**233 508**	**68,58**	**168 364**	**44,14**	**910 535**	**59,9**	**1 498 355**	**71,49**
Service de prévention et de sante publique tuberculose	Communication et mobilisation sociale	45 113	13,25	90 262	23,67	83 063	5,46	61 642	2,94
	Supervision santé Publique	18 687	5,49	45 929	12,04	129 654	8,53	100 083	4,78
Total Service de prévention et de sante publique tuberculose		**63 800**	**18,74**	**136 191**	**35,71**	**212 717**	**13,99**	**161 725**	**7,72**
Services auxiliaires	Test du crachat	12 640	3,71	0	0	46 281	3,04	16 047	0,77
Total Services auxiliaires		**12 640**	**3,71**	**0**	**0**	**46 281**	**3,04**	**16 047**	**0,77**
Services de soins	Traitement de première ligne y compris médicaments		0	33 537	8,79	124 216	8,17	153 816	7,34
Total Services de soins curatifs		**0**	**0**	**33 537**	**8,79**	**124 216**	**8,17**	**153 816**	**7,34**
Total général		**340 508**	**100**	**381 406**	**100**	**1 520 206**	**100**	**2 095 973**	**100**

VII. DIFFICULTES RENCONTREES ET RECOMMANDATIONS

7.1. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées sont relatives à la collecte, au traitement et à l'analyse des données.

Les problèmes de collecte de données sont :

- liées à la période couverte par l'étude avec un recul de 2003 à 2006 ;
- l'absence de données désagrégées par sous compte et maladie ;
- le problème récurrent de disponibilité des données des prestataires privés notamment des cliniques et polycliniques depuis le premier exercice d'élaboration des CNS en 2005 ;
- le retard de financement du volet CNS par le Fonds mondial à travers Macro ;
- ces difficultés ont entrainé un retard de collecte et dans l'exécution de l'étude, et du respect du délai contractuel.

A l'étape d'analyse des données, l'équipe a été confrontée aux difficultés suivantes :

- adaptation et désagrégation des données des Comptes VIH/SIDA (NASA) selon l'outil CNS, malgré l'existence de la table de correspondance NASA/CNS. Une proposition d'étude complémentaire afin de procéder à une meilleure adaptation des données jusqu'aux détails n'a pu se réaliser pour des contraintes de délai, de respect des échéances et de financement ;
- distribution des dépenses pour les soins hospitaliers et ambulatoires (pour le CNS global et les sous comptes autre que le paludisme) ainsi que la distribution des dépenses par groupe de maladie n'ont pu être effectuées.

Dans le processus d'élaboration, les membres de l'équipe technique nationale d'élaboration des CNS ont été sollicités si bien que l'appui de personnes ressources a été essentiel à l'exécution de l'activité.

7.2. RECOMMANDATIONS

- poursuivre les mesures de subvention et de gratuité des soins pour contribuer à réduire les dépenses de santé des ménages ;

- encourager la mutualisation des risques à travers les mutuelles de santé pour faciliter l'accès financier des populations aux services de santé ;

- améliorer la formation du capital à travers l'amélioration des plateaux techniques pour la détection précoce et la prise en charge des maladies ;

- améliorer la sensibilisation, particulièrement pour l'utilisation des moustiquaires imprégnées, la lutte contre la VIH/SIDA et la tuberculose ;

- sensibiliser les différents acteurs fournisseurs de données afin qu'ils soient plus réceptifs à fournir les données relatives aux CNS ;

- mettre en place des outils de collecte active des données financières de la santé ;

- faire un plaidoyer afin que l'équipe technique d'élaboration des CNS soit accompagnée pour la spécialisation des CNS (les enquêtes d'envergures nationales). Cela permettra de disposer de données à temps réel.

CONCLUSION

L'élaboration des Comptes nationaux de la santé globaux et des sous comptes VIH/SIDA, tuberculose et paludisme de 2003 à 2006 dans le cadre de l'évaluation à cinq ans du Fonds Mondial a permis d'analyser les dépenses de santé par source de financement et le poids de la contribution du Fonds Mondial, pour le financement de ces trois maladies prioritaires.

Les dépenses totales de santé en 2006 du Burkina Faso sont de 206,592 milliards de FCFA soit 6,47% du PIB et les dépenses totales de santé du Fonds Mondial de 3,965 milliards de FCFA soit 1,92% des dépenses de santé et 6,48% des dépenses du reste du monde.

Les dépenses nationales de santé VIH/SIDA financées par le Fonds Mondial ont représenté respectivement 8,41% en 2004 ; 7,94% en 2005 et 7,47% en 2006 des financements extérieurs. Par ailleurs, elles correspondent à 6,86% en 2004 ; 6,48% en 2005 et 6,11% en 2006 des dépenses nationales totales VIH/SIDA. Cette part du financement en pourcentage n'a pratiquement pas évolué.

La contribution du Fonds mondial à l'achat des ARV a été de 8,23% en 2005 et 19,25% en 2006, par rapport au financement total pour l'achat des ARV. Par rapport au reste du monde, ce financement représente 10,76% en 2005 et 21,60% en 2006.

De 2003 à 2006, le volume des financements de la tuberculose a été de 0,341 milliard de FCFA, 0,381 milliard de FCFA, 1,520 milliard de FCFA et 2,077 milliards de FCFA.
Le financement de la tuberculose à connu son pic en 2006 avec l'intervention du Fonds Mondial.

Les dépenses totales de santé pour la tuberculose financées par le Fonds mondial a augmenté de 2005 à 2006 de 40,61%. La période 2005 et 2006 correspondant à la période d'intervention du Fonds Mondial.

Par rapport aux DTS pour la tuberculose, les financements du Fonds Mondial représentent 88,87% en 2005 et 90,25% en 2006.

Au titre des financements externes, le Fonds Mondial constitue la principale source de financement de la tuberculose. Les dépenses liées à la tuberculose financées par cette source représentent 95,26% en 2005 et 98,99% en 2006.

La contribution du Fonds Mondial pour le paludisme par rapport au financement extérieur a été de 5,43% en 2004, 94,71% en 2005 et 33,43% en 2006.

La part relative de la contribution du Fonds Mondial par rapport aux dépenses totales de paludisme est de 0,37% en 2004, puis de 17,79% en 2005 et enfin de 4,13% en 2006.

Les résultats du volet CNS de l'évaluation corrélés avec les autres composantes permettront de répondre aux questions de l'évaluation à cinq ans du Fonds Mondial.