

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

-----  
SECRETARIAT GENERAL

-----  
DIRECTION GENERALE DES  
ETUDES ET DES STATISTIQUES  
SECTORIELLES

BURKINA FASO  
*Unité — Progrès - Justice*



# CARTOGRAPHIE DYNAMIQUE DES RESSOURCES ET ANALYSE DES GAPS DU PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE 2021-2030

## Rapport 2023



## Mot de Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

La cartographie dynamique des ressources du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 est un outil d'aide à la planification et à la prise de décision pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, en général, et les décideurs, en particulier. Elle permet la mobilisation et la mise en commun des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS 2021-2030 et l'opérationnalisation de l'approche « un plan, un budget, un rapport ». Cette approche a été retenue comme cadrage pour l'élaboration du PNDS 2021-2030 par l'harmonisation et l'alignement des interventions des partenaires.

Ce deuxième exercice de la cartographie dynamique des ressources après celui de 2021, a concerné l'ensemble des interventions et intervenants du secteur de la santé. Le présent rapport qui en découle, vient compléter les autres documents d'opérationnalisation du PNDS 2021-2030. Il présente une analyse du financement de la santé en se basant sur des données collectées auprès de diverses sources. La triangulation des informations de ces différentes sources a permis de disposer de données de qualité.

Je félicite les acteurs du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à tous les niveaux, ainsi que les ministères et institutions partenaires, qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

Je remercie en particulier les partenaires techniques et financiers pour leur entière adhésion à l'exercice de cartographie et pour leurs multiples appuis continus.

Espérant que le rapport 2023 de cette cartographie, éditée de façon annuelle, répondra à vos attentes, je vous exhorte à le lire et à en faire une bonne exploitation.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

**Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU**

*Officier de l'Ordre de l'Etalon*

# Table des matières

Table des matières.....	3
Remerciements.....	5
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures.....	6
Liste des sigles et abréviations.....	8
Définitions opérationnelles.....	9
Résumé exécutif.....	10
Introduction.....	11
1. Contexte et justification.....	12
2. Méthodologie de la cartographie dynamique des ressources.....	14
2.1. Phase 1 : Préparation du processus.....	15
2.2. Phase 2 : Création et validation de l’outil de collecte des données.....	15
2.3. Phase 3 : Collecte et validation des données.....	16
2.3.1. Collecte des données de l’État.....	18
2.3.2. Collecte des données des PTF.....	18
2.3.3. Collecte des données des projets et programmes de développement.....	19
2.3.4. Collecte des données du secteur privé.....	20
2.3.5. Collecte des données des ménages.....	20
2.3.6. Triangulation, nettoyage et validation des données collectées.....	21
2.4. Phase 4 : Analyse des données de la base consolidée et diffusion des résultats préliminaires.....	21
2.5. Contraintes et limites de l’exercice de cartographie des ressources.....	23
2.6. Considérations éthiques.....	23
3. Analyse des résultats de la cartographie.....	24
A. Analyse de l’évolution et la répartition des ressources en santé 2023-2025.....	24
3.1. Evolution et répartition des ressources en santé par acteur de financement.....	24
3.2. Structure de la répartition des ressources en santé par programme budgétaire.....	27
3.3. Analyse du niveau d’allocation des ressources aux articulations du PNDS 2021-2030.....	28
3.4. Analyse de l’équité dans la distribution des ressources en santé.....	30
3.4.1. Allocation des ressources par niveau de la pyramide sanitaire.....	30
3.4.2. Allocation des ressources par zone géographique.....	31
3.5. Analyse de la répartition des ressources par domaines et composantes de coûts.....	33
B. Analyse de l’évolution et la répartition des dépenses en santé 2021-2022.....	36
3.6. Evolution globale des dépenses en santé et des taux d’exécution 2021-2022.....	36
3.7. Analyse des dépenses en santé par acteur de financement.....	36
3.8. Analyse des dépenses en santé par programme budgétaire, et articulation du PNDS.....	39



3.8.1.	Dépenses en santé par programme budgétaire du MSHP .....	39
3.8.2.	Dépenses en santé par orientation stratégique et axe d'intervention du PNDS 2021-2030 .....	40
3.9.	Analyse des dépenses en santé par domaine et catégorie de coûts .....	41
3.10.	Analyse des dépenses en santé par zone géographique et niveau administratif .....	42
C.	Analyse des gaps de financement de la SNDS 2021-2025 et du PATG 2023-2025 .....	43
3.11.	Gap de financement global de la SNDS 2021-2025 et du PATG 2023-2025 .....	43
3.12.	Evolution annuelle du gap de financement global sur la période 2021-2025 .....	44
3.13.	Analyse critérielle des gaps de financement de la SNDS et du PATG .....	44
3.14.	Gap de financement par domaine prioritaire sur la période 2021-2025 .....	46
D.	Analyses des domaines d'intérêt prioritaires du système national de santé .....	47
3.15.	Analyse sur les Soins de Santé Primaires (SSP) .....	47
3.15.1.	Analyse de l'évolution globale des ressources et dépenses en soins de santé primaires .....	48
3.15.2.	Analyse de la répartition des ressources des SSP par district sanitaire .....	48
3.15.3.	Analyse des gaps de financement des SSP sur la période 2023-2025 .....	49
3.16.	Analyse sur la Santé Communautaire .....	49
3.16.1.	Analyse de l'évolution des ressources et dépenses en santé communautaire .....	50
3.16.2.	Analyse de la répartition et des gaps de financement de la santé communautaire .....	50
3.17.	Analyse sur la SRMNEA-N .....	51
3.17.1.	Santé reproductive et santé maternelle .....	52
3.17.2.	Santé néonatale et infantile .....	53
3.17.3.	Nutrition .....	54
3.18.	Examen de la situation de quelques pathologies .....	55
3.18.1.	COVID-19 .....	56
3.18.2.	Paludisme .....	57
3.18.3.	VIH/SIDA et IST .....	58
3.18.4.	Tuberculose .....	59
3.18.5.	Autres pathologies : MNT, MTN et Epidémies .....	60
3.19.	Examen de l'état de Renforcement du Système de Santé (RSS) .....	62
4.	Processus de digitalisation de la cartographie : leçons apprises .....	64
4.1.	Brève description de la plateforme digitale .....	64
4.2.	Principales leçons apprises .....	65
5.	Recommandations .....	66
5.1.	Recommandations liées au processus de la cartographie .....	66
5.2.	Recommandations liées aux résultats de la cartographie .....	66
	Conclusion .....	67
	Annexes .....	68



## Remerciements

*Nous remercions l'ONG Clinton Health Access Initiative (CHAI) pour son appui à la réalisation de la deuxième édition de la cartographie des ressources du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030.*

*Nous exprimons également nos vifs remerciements envers l'ensemble des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé pour le renseignement de l'outil de la cartographie et pour leurs appuis multiformes. Nous saluons leur intérêt et engagement continus ainsi que la franche collaboration dont ils ont fait montre tout au long du processus de réalisation de cette deuxième édition de la cartographie dynamique des ressources.*

*Par ailleurs, notre sincère reconnaissance s'adresse au Ministère de l'Economie, des Finances et de la Prospective (MEFP), ainsi qu'au Ministère des Affaires Etrangères, de la Coopération Régionale et des Burkinabè de l'Extérieur (MAECRBE) pour leur disponibilité et leur soutien indéfectible dans la conduite de cette initiative.*

*Enfin, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) exprime sa profonde gratitude envers l'ensemble de ses acteurs en leurs rangs, titres et grades respectifs, pour avoir collectivement contribué à la réussite de la réalisation de cette deuxième édition de la cartographie.*

*Vivement que ce rapport puisse contribuer à l'amélioration de la réponse nationale aux problèmes de santé des populations dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2030 selon l'approche « un plan, un budget, un rapport ».*



## Liste des tableaux

Tableau 1. : Sources des données de la cartographie des ressources .....	17
Tableau 2. : Estimations des données sur la contribution du secteur privé.....	20
Tableau 3. : Estimations des données sur la contribution des ménages .....	21
Tableau 4. : Plan d'analyses principales des données de la cartographie .....	22
Tableau 5. : Répartition des ressources en santé par catégorie de coûts (2023-2025).....	35
Tableau 6. : Répartition des dépenses en santé et taux d'exécution par PTF (2021-2022).....	38
Tableau 7. : Synthèse des gaps de financement de la SNDS et du PATG par critère.....	45
Tableau 8. : Gaps de financement des domaines prioritaires 2021-2025.....	46
Tableau 9. : Pathologie par source de financement (2023-2025).....	55

## Liste des figures

Encadré 1: Généralités sur la cartographie dynamique des ressources .....	13
Figure 2 : Processus d'élaboration de la cartographie dynamique des ressources du PNDS 2021-2030 .....	14
Figure 3 : Améliorations de l'outil de collecte par rapport à l'édition 2021 .....	16
Encadré 2 : Contraintes et limites de la cartographie des ressources édition 2023.....	23
Figure 5: Evolution et répartition des ressources en santé par type de financement.....	24
Figure 6: Evolution de la contribution des acteurs de financement sur la période 2023-2025 .....	25
Encadré 3 : Déclaration d'Abuja 2001 : où en est le Burkina Faso ?.....	25
Figure 8 : Répartition des ressources 2023-2025 par PTF (bailleurs).....	26
Figure 9 : Structure de financement des programmes budgétaires sur la période 2023-2025 .....	27
Encadré 4 : Approche « un plan, un budget, un rapport ».....	28
Figure 11 : Répartition des ressources en santé par orientation stratégique du PNDS 2021-2030 .....	29
Figure 12 : Répartition des ressources par niveau du système de santé (2023 – 2025) .....	30
Figure 13 : Répartition régionale des ressources en santé (2023-2025).....	31
Figure 14 : Répartition régionale des ressources en santé par habitant par an (2023-2025).....	32
Figure 15 : Répartition régionale des ressources en santé par habitant par an (2023-2025).....	33
Figure 16 : Répartition des ressources en santé par domaine d'intervention (2023-2025).....	34
Figure 17 : Evolution des dépenses et des taux de non-exécution budgétaire en santé (2021-2022) .....	36
Figure 18 : Répartition des dépenses en santé par acteur de financement (2021-2022) .....	37
Figure 19 : Répartition des dépenses en santé par programme budgétaire du MSHP (2021-2022) .....	39
Figure 20 : Répartition des dépenses en santé par orientation stratégique (OS) et pour le top 10 axes d'intervention (AI) du PNDS 2021-2030 (2021-2022) .....	40
Figure 21 : Répartition des dépenses en santé par domaine et catégorie de coûts (2021-2022) .....	41
Figure 22 : Répartition des dépenses annuelles en santé par région par habitant (2021-2022) .....	42
Figure 23 : Répartition des dépenses en santé par niveau administratif (2021-2022).....	42
Figure 24 : Gaps de financement de la SNDS 2021-2025 et du PATG 2023-2025 (en FCFA) .....	43
Figure 25 : Gaps de financement annuel de la SNDS 2021-2025.....	44
Figure 26 : Gaps de financement de la SNDS 2021-2025 par région .....	45
Figure 27 : Taux de mobilisation de ressources pour le financement des domaines prioritaires (2021-2025) .....	46
Figure 28 : Part annuelle des SSP dans les ressources totales et contribution par acteur (2021-2025) .....	47
Figure 29 : Evolution annuelle des ressources et dépenses en SSP (2021-2025) .....	48
Figure 30 : Top 22 districts captant +50% des ressources SSP (2023-2025).....	48
Figure 31 : Gaps annuels de financement des SSP selon la SNDS (2021-2025) et le PI SSP (2023-2025) .....	49
Figure 32 : Ressources et dépenses sur la santé communautaire .....	50
Figure 32 : Ressources et dépenses sur la santé communautaire .....	50
Figure 32 : Evolution et composition des ressources SRMNEA-N (2023-2025) .....	51
Figure 32 : Principaux PTF finançant la SRMNEA-N (2023-2025).....	51



Figure 34 : Répartition régionale des ressources en santé maternelle (2023-2025)..... 52

Figure 35 : Répartition régionale des dépenses en santé maternelle (2023-2025)..... 53

Figure 35 : Répartition des ressources en santé néonatale et infantile par niveau de soins (2023-2025) ..... 53

Figure 37 : Evolution et répartition des ressources en nutrition (2023-2025)..... 54

Figure 38 : Situation de la malnutrition aiguë et répartition des dépenses en nutrition (2021-2022) ..... 55

Figure 33 : Financement de la COVID-19 (2023-2025) ..... 56

Encadré 5 : De la nécessité d'éventuellement réaffecter les ressources destinées à la COVID-19 ..... 56

Figure 33 : Financement du paludisme (2023-2025) ..... 57

Figure 34 : Evolution, sources des dépenses et taux d'exécution budgétaire pour le paludisme (2021-2022)..... 57

Figure 35 : Corrélation entre les cas de paludisme et les dépenses en santé dans les régions (2022)..... 58

Figure 36 : Catégories de coûts des ressources VIH/SIDA/IST (2023-2025) ..... 59

Figure 39 : Gaps annuels de financement de la tuberculose (2021-2025). ..... 60

Figure 40 : Ressources (2023-2025) et dépenses (2021-2022) dans le domaine des MTN..... 61

Figure 41 : Affectations des ressources RSS aux niveaux d'exécution et niveaux de soins (2023-2025)..... 62

Figure 42 : Répartition régionale des ressources RSS (2023-2025) ..... 63

Figure 43 : Répartition régionale des ressources de protection financière (2023-2025)..... 63

Encadré 6 : Zoom sur la protection financière des ménages ..... 63

Figure 40 : Plateforme digitale de la cartographie des ressources (<https://cartographie-projets.sante.gov.bf/>)..... 64

## Liste des sigles et abréviations

<b>AI</b>	Axe d'Intervention du PNDS 2021-2030
<b>BMGF</b>	Bill & Melinda Gates Foundation
<b>CHAI</b>	Clinton Health Access Initiative
<b>CNAMU</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle
<b>CNLS-IST</b>	Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles
<b>CS</b>	Comptes de la santé
<b>CSU</b>	Couverture Sanitaire Universelle
<b>CSPS</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>CMA</b>	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>DGF</b>	Direction de la Gestion des finances
<b>FCFA</b>	Franc de la Communauté Financière Africaine
<b>GAVI</b>	Global Alliance for Vaccines and Immunization
<b>GFF</b>	Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents (Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents)
<b>MSHP</b>	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OS</b>	Orientation Stratégique du PNDS 2021-2030
<b>PATG</b>	Plan d'Action Triennal Glissant
<b>PDI</b>	Personnes Déplacées Internes
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>SNDS</b>	Stratégie Nationale de Développement Sanitaire
<b>PNLP</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PTA</b>	Plan de Travail Annuel
<b>PTF</b>	Partenaire Technique et Financier
<b>RSS</b>	Renforcement du Système de Santé
<b>SIDA</b>	Syndrome de l'immunodéficience acquise
<b>SNFS</b>	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
<b>SRMNEA-N</b>	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant, des Adolescents et la Nutrition
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development



## Définitions opérationnelles

- **Intervention** : action ou ensemble organisé d'actions (politique, programme, projet) visant à modifier une situation jugée problématique.
- **Intervenants** : organismes participants à la production et à la distribution des interventions. Il s'agit des sources de financement et des acteurs de mise en œuvre.
- **Sources de financement** : institutions finançant les interventions. Celles-ci sont, sans être exhaustif, l'État, les collectivités territoriales, les partenaires techniques et financiers extérieurs, les ménages, le secteur privé, etc.
- **Acteurs de mise en œuvre** : acteurs qui délivrent des services en lien avec la santé. Il peut s'agir des structures publiques de santé ou d'action sociale, de prestataires privés, d'organisations non gouvernementales (nationales et internationales), associations...
- **Approche «un plan, un budget, un rapport»** : approche qui permet d'intensifier les interventions nationales prioritaires pour aider à atteindre les objectifs nationaux à travers une coopération au développement efficace par :
  - une vision et des stratégies communes et connues ;
  - un leadership clair du ministère de la Santé ;
  - des choix d'interventions à fort impact et scientifiquement prouvées à partir d'outils et d'approches consensuels ;
  - un processus participatif et transparent dès le début, pendant et après ;
  - une utilisation efficiente des ressources ;
- des revues conjointes ;
- un dialogue et une coordination entre les parties prenantes renforcés.
- **Loi de finances** : la loi de finances détermine, pour un exercice, la nature, le montant et l'affectation des ressources et des charges de l'État dans le secteur de la santé, ainsi que l'équilibre budgétaire et financier qui en résulte.
- **Comptes de santé** : les comptes de santé retracent les dépenses et analysent de façon détaillée la consommation finale de soins de santé et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. Le but est d'analyser les emplois et les ressources du système de santé en vue notamment :
  - a) d'établir des comptes annuels rétrospectifs permettant d'étudier les différents circuits qu'empruntent les dépenses de santé, les besoins qu'elles expriment, les services qu'elles rémunèrent et les catégories sociales à qui elles bénéficient,
  - b) d'évaluer l'incidence du système de santé sur l'évolution de l'économie.
- **Budget programme** : le budget programme est un outil de programmation, de budgétisation et d'évaluation des programmes d'une organisation qui met l'accent sur la relation entre les crédits alloués et les résultats attendus et diffuse la culture de résultat dans l'administration en transformant le budget de moyens en un budget axé sur les résultats

## Résumé exécutif

- Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique s'est engagé dans la réalisation de la cartographie dynamique des ressources du secteur de la santé dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2030. Cette cartographie consiste à la compilation et à la visualisation de toutes les interventions de l'ensemble des acteurs du système de santé que sont l'État, les PTF, le secteur privé et les ménages sur la période 2021-2025. Elle a permis d'analyser la distribution des ressources et des dépenses par source de financement, par niveau d'exécution du système de santé, par catégorie de coûts et par domaine d'interventions prioritaires du PNDS ainsi que les gaps de financement et les analyses de domaines prioritaires, se focalisant sur la période prospective 2023-2025 pour les ressources et la période rétrospective 2021-2022 pour les dépenses en santé.
- Ces différentes analyses servent conjointement à la prise de décisions basées sur des évidences notamment en matière de planification, de budgétisation, de mobilisation ou de réaffectation des ressources financières pour un système de santé plus équitable et efficient concourant ainsi à l'amélioration des prestations de services de santé aux populations quelle que soit leur situation socioéconomique ou géographique.
- Quelques recommandations sur le processus et sur les résultats (résumés ci-contre) sont formulées : i) poursuivre l'amélioration continue de la plateforme digitale pour faciliter les futures collectes de données, ii) renforcer en parallèle des compétences des équipes sur le sujet, iii) poursuivre les efforts d'harmonisation et d'institutionnalisation de l'exercice, iv) renforcer la communication autour de l'exercice auprès des autres parties prenantes du secteur de la santé au Burkina Faso.

## Résultats clés

- Sources de financement** : sur la période 2023-2025, plus de 2 202 milliards de FCFA sont alloués au système de santé. L'État est le principal contributeur avec une part se situant à 41% La contribution des PTF est de 32%, celle des ménages est de 24% et celle du secteur privé est de 4%.
- Niveau administratif** : sur la période 2023-2025, le niveau central capte 12% des ressources dont 72% proviennent de l'Etat. Le niveau intermédiaire ou régional capte 26 % des ressources dont 41% proviennent de l'Etat suivi des PTF avec 33%. Quant au niveau opérationnel ou district sanitaire, il enregistre 62% des ressources dont 35% des ressources émanent de l'Etat, suivi des PTF avec 32%.
- Répartition régionale** : les régions du Centre, des Hauts-Bassins, de la Boucle du Mouhoun et l'Est et du Sud-Ouest concentrent à elles seules 54% des ressources soit respectivement 17%, 13%, 9%, 8,6%, et 8%.
- Dépenses en santé et taux d'exécution** : avec un taux d'exécution moyen de 81%, les dépenses en santé qui s'élèvent à 1345 milliards de FCFA ont cru de 14% entre 2021 et 2022.
- Gaps de financement** :
  - **89 milliards de FCFA** de gaps de financement pour la SNDS 21-25
  - **196 milliards de FCFA** de gaps de financement pour le PATG 23-25
  - **La quasi-totalité** des domaines prioritaires présente des déficits de financement

# Introduction

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) du Burkina Faso a entrepris la réalisation de la cartographie dynamique des ressources du secteur de la santé dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030, élaboré selon l'approche « un plan, un budget, un rapport ». Cet exercice est à sa deuxième édition après celui réalisé en 2021, et mis à jour en septembre 2022. Il contribue ultimement à la gestion efficiente et transparente des ressources dans le domaine de la santé gage d'équité et de performance pour l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU). *Grosso modo*, l'exercice de cartographie des ressources est constitué de deux pans majeurs. D'une part elle consiste à répertorier l'ensemble des interventions et ressources financières déployées dans le secteur de la santé du pays. Et d'autre part, elle retrace les dépenses effectuées dans le système de santé. L'objectif fondamental étant de réduire la fragmentation au sein du secteur et de parvenir à un alignement effectif des intervenants sur les priorités nationales, favorisant ainsi la prestation de services intégrés et équitables en faveur des populations des différentes régions et districts sanitaires du Burkina Faso.

Par ailleurs, la réalisation et l'institutionnalisation de la cartographie dynamique des ressources permet de disposer d'un outil efficace de planification et de priorisation des ressources disponibles en réponse aux besoins budgétaires du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030, décliné en plan quinquennal – la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) 2021-2025 – et en plan triennal à savoir le Plan d'Actions Triennal Glissant (PATG) 2023-2025 après le PATG 2021-2023 arrivé à termes. Les analyses qui en découlent, permettent d'estimer le niveau de mobilisation des ressources, les écarts de financement, et d'effectuer le suivi des dépenses en santé.

L'adoption et l'utilisation active des résultats de la cartographie dynamique des ressources par l'ensemble des parties prenantes du secteur de la santé dans leurs actions de planification, de répartition équitable des ressources, et de prise de décisions fondées sur des données probantes, revêt d'une importance significative pour le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. De ce fait, la cartographie occupe une place centrale dans l'effort d'alignement des partenaires entrepris par le Ministère.

La conduite de ce deuxième exercice de la cartographie des ressources s'est déroulée au cours de l'année 2023 et a abouti à l'élaboration du présent rapport qui s'articule autour des points clés suivants :



## Contexte et justification



## Méthodologie de la cartographie dynamique des ressources



## Analyse des résultats de la cartographie



## Processus de digitalisation de la cartographie : leçons apprises



## Recommandations

# 1. Contexte et justification

En novembre 2021, le MSHP et ses partenaires ont validé le PNDS 2021-2030. Ce référentiel sanitaire national ambitionne d'améliorer l'état de santé de la population. Il se veut un cadre inclusif, participatif et consensuel pour guider l'action de l'ensemble des acteurs du développement sanitaire au Burkina Faso par l'institutionnalisation des principes d'harmonisation et d'alignement des partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé du Burkina Faso. Ainsi, l'approche « un plan, un budget et un rapport » a été retenue comme cadre pour son élaboration. Cette approche s'inscrit dans la perspective selon laquelle les plans et les budgets de tous les acteurs du secteur de la santé se reflètent dans un plan stratégique national consensuel qui est ensuite décomposé en plans stratégiques spécifiques, triennaux et annuels dont le suivi de la mise en œuvre s'opère sur la base d'un ensemble d'indicateurs consensuels.

Le PNDS s'opère suivant cinq (5) orientations stratégiques à savoir :


- (i) le renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, d'équité, de redevabilité et de prise en compte du genre ;
- (ii) le développement des ressources humaines pour la santé ;
- (iii) l'augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) ;
- (iv) l'adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique ;
- (v) l'amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires.

La mise en œuvre du PNDS se fait à travers deux (2) plans quinquennaux, des plans triennaux glissants et des plans d'action annuels. L'évaluation du PNDS 2011-2020 a mis en exergue la fragmentation et l'inefficience dans les interventions du secteur de la santé.

Ainsi, la réussite de la mise en œuvre du PNDS et l'opérationnalisation de l'approche « un plan, un budget, un rapport » passent par la conception d'une cartographie dynamique des ressources du PNDS (voir encadré ci-dessous). Cette cartographie permet ainsi d'estimer les écarts de financement, le niveau de mobilisation des ressources et d'en faire le suivi. Elle permet également l'amélioration de l'équité, la transparence et l'efficience dans l'utilisation des ressources et le renforcement du leadership. Cela nécessite une coordination et un soutien technique importants en vue de positionner le gouvernement comme un gestionnaire efficace des dépenses de santé pour tous les bailleurs et mécanismes de financement. La cartographie dynamique des ressources est le seul exercice au sein du MSHP qui recueille des données holistiques sur les budgets directement auprès des donateurs et des partenaires d'exécution pour les compiler avec ceux du budget de l'Etat sur un horizon de 3 à 5 ans voire plus, dans le but d'optimiser la gestion des ressources. Elle vient en complément de l'analyse des comptes de santé, du plan d'action consolidé et du bilan du MSHP.

La cartographie dynamique des ressources vise cinq (05) objectifs principaux :

- (i) établir un processus dynamique qui reflète les ressources mobilisées et dépensées, y compris les ressources domestiques et extérieures ;
- (ii) identifier les différentes parties prenantes du secteur de la santé ainsi que leurs actions spécifiques et transversales ;
- (iii) aider à la prise de décision fondée sur des données probantes pour améliorer la coordination et la gestion des ressources ;

- 
- (iv) renforcer le processus de coordination et de gestion financière standardisée et harmonisée pour plus de redevabilité des processus de suivi financier ;
  - (v) analyser les risques liés au financement du PNDS.

Plus précisément, l'exercice permet de répondre aux questions suivantes par rapport au PNDS 2021-2030 :

- Qui sont les acteurs qui y contribuent ?
- Quelles sont les activités qu'ils financent ?
- Comment les activités sont-elles liées aux priorités et programmes nationaux ?
- Quelle est la période de mise en œuvre ?
- Quelle quantité de ressources financières est nécessaire et combien ont été mobilisées ?
- Manque-t-il des ressources financières ?
- Quelles sont les sources de financement ?

Afin de conduire ce deuxième exercice de cartographie dynamique des ressources du secteur de la santé, le MSHP a sollicité et obtenu l'expertise de l'équipe de Clinton Health Access Initiative (CHAI) au Burkina Faso.

### **Encadré 1 : Généralités sur la cartographie dynamique des ressources**

La cartographie dynamique des ressources est une approche qui vise une amélioration de l'équité, de la transparence et de l'efficacité dans l'utilisation des ressources et le renforcement du leadership. Elle se caractérise par :

- un processus systématisé de collecte des données financières de tous les acteurs ;
- une représentation visuelle des ressources disponibles et des dépenses effectuées ;
- une analyse des écarts de financement ;
- un mode de partage d'informations ;
- un point de départ pour établir un partenariat compréhensif, efficace et gagnant.

Sur le plan sous régional notamment au Sénégal, au Tchad en Éthiopie, la cartographie dynamique des ressources a été implémentée afin de renforcer la mise en œuvre de la déclaration de Paris à travers l'alignement des partenaires techniques et financiers et les autres acteurs du secteur sanitaire.

Au Burkina Faso, en plus du précédent rapport de la cartographie dynamique des ressources (édition 2021), d'autres exercices de cartographies des ressources financières ont été réalisés, à savoir :

- la cartographie des interventions, intervenants et financements en SRMNEA-N au Burkina Faso ;
- la cartographie dynamique : un outil innovant pour une gestion transparente et équitable des ressources mobilisées pour la lutte contre la COVID-19 au Burkina Faso ;
- la cartographie de la disponibilité des ressources en santé dans le contexte de crise humanitaire au Burkina Faso ;
- la cartographie des interventions des partenaires techniques et financiers dans le cadre de la division du travail et de la complémentarité au Burkina Faso ;
- la cartographie des parties prenantes et des interventions clés en nutrition

## 2. Méthodologie de la cartographie dynamique des ressources

Le champ d'application de la cartographie dynamique des ressources englobe l'ensemble des interventions en matière de santé menées par les différentes parties prenantes du secteur au Burkina Faso. Chaque intervention est solidement étayée entre autres par ses objectifs et actions clés, et est alignée sur les programmes budgétaires, ainsi que les orientations stratégiques et les axes d'intervention du PNDS 2021-2030. De plus, elle est classée dans le(s) domaine(s) d'intervention correspondant(s) et elle précise les différents acteurs de financement, les catégories de coûts, les niveaux d'exécution, ainsi que les montants budgétisés (2021-2025) et dépensés (2021-2022).

La cartographie dynamique des ressources utilise une méthodologie mixte, intégrant de manière complémentaire la revue documentaire et la collecte de données probantes auprès des différents intervenants du système de santé du Burkina Faso. Cette approche a permis d'aborder efficacement les principales questions de l'exercice et de répondre à ses objectifs visés.

Le processus de réalisation de la cartographie dynamique des ressources est structuré en quatre (4) phases majeures synthétisées dans la figure ci-après :

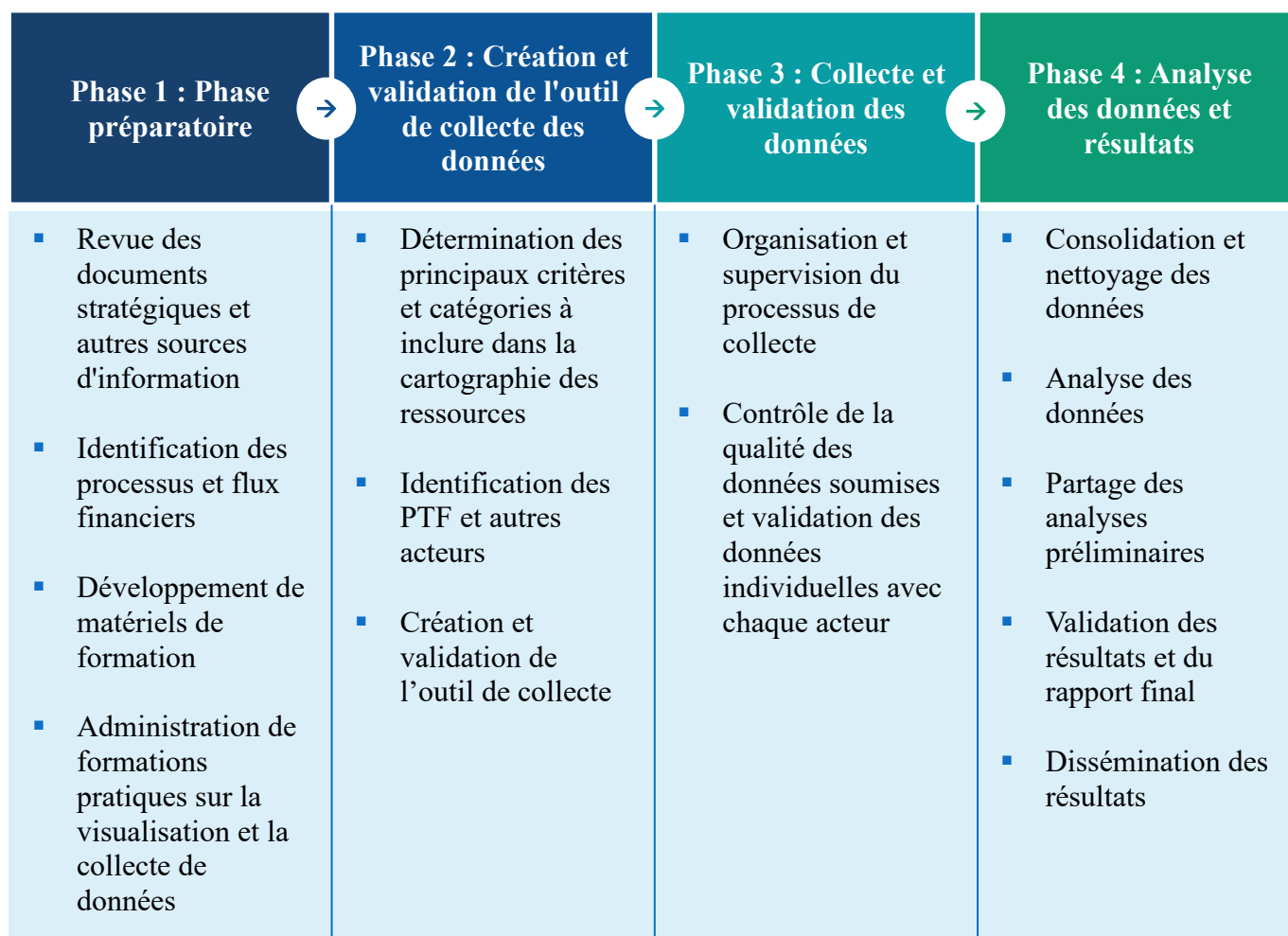


Figure 2 : Processus d'élaboration de la cartographie dynamique des ressources du PNDS 2021-2030





## 2.1. Phase 1 : Préparation du processus

Cette phase marque le démarrage effectif du cycle de réalisation de la cartographie dynamique des ressources. Elle est constituée de plusieurs activités visant à préparer le terrain pour un exercice de cartographie réussi. Pour ce deuxième cycle de cartographie dynamique des ressources, la liste ci-dessous présente quelques activités menées au cours de cette phase :

- Organisation de réunions préparatoires d'orientation et de formation au sein de l'équipe de la cartographie afin d'assurer une compréhension commune du processus de cartographie pour l'édition 2023, et de recueillir les avis et commentaires des membres de l'équipe pour garantir son bon déroulement ;
- Conduite d'analyses documentaires et de revue des données secondaires existantes ;
- Identification des processus financiers et des flux de fonds domestiques et étrangers dans le domaine de la santé ;
- Conception des clés de répartition suivant des critères prédéfinis pour faciliter, au besoin, la désagrégation des données pour une allocation efficace et adaptée (voir annexe 4)
- Développement de modules de formation et de tutoriels vidéo sur la visualisation des données et sur la collecte de données sur la plateforme digitale de la cartographie dynamique des ressources ;
- Réalisation de plusieurs sessions de formation au profit des acteurs étatiques, des gestionnaires de projets et programmes de développement, et des partenaires techniques et financiers (PTF) en présentiel et en ligne (voir annexe 3) ;
- Transmission de la lettre d'invitation, du lien d'accès et du matériel de formation servant de guide de remplissage des données sur la plateforme de la cartographie aux PTF, via le chef de file des partenaires techniques et financiers dans le domaine de la santé (Délégation de l'Union européenne) ;
- Désignation des points focaux des PTF, chargés de renseigner la plateforme de la cartographie.
- Création et communication des comptes d'utilisateurs (noms d'utilisateurs et mots de passe) aux différents acteurs pour le renseignement des données.

Cette phase préparatoire a par ailleurs permis de prendre en compte les recommandations formulées lors de la précédente édition de la cartographie dynamique des ressources notamment celles en lien avec le processus de la cartographie (révision de l'outil de collecte, et des critères de données, la digitalisation, le renforcement des compétences des acteurs, etc.). Ces recommandations sont intégrées à l'exercice dans son ensemble, et de manière spécifique, à chaque phase et sous-phase du processus.

## 2.2. Phase 2 : Création et validation de l'outil de collecte des données

La révision de l'outil de collecte de données figurait en pole position des recommandations de la précédente édition (2021) de la cartographie dynamique des ressources du PNDS 2021-2030. A cet effet, l'équipe de la cartographie des ressources a œuvré au cours de cette phase à la digitalisation, au test et au déploiement de l'outil de collecte en ligne des données de la cartographie. De plus, plusieurs nouveaux critères pertinents ont été discutés, validés et intégrés à l'outil de collecte de données.

Le tableau ci-dessous présente les nouveaux critères de données ajoutées à la plateforme de la cartographie des ressources, allant de l'arrimage des interventions aux orientations stratégiques et axes d'intervention du PNDS 2021-2030, à l'élargissement des domaines d'intervention en passant par l'intégration des cibles, la revue de la nomenclature des catégories de coûts, et la précision de la répartition géographique de chaque intervention ainsi que le(s) niveau(x) de soins qui en bénéficient, etc.



### Améliorations par rapport à la précédente cartographie des ressources (édition 2021)

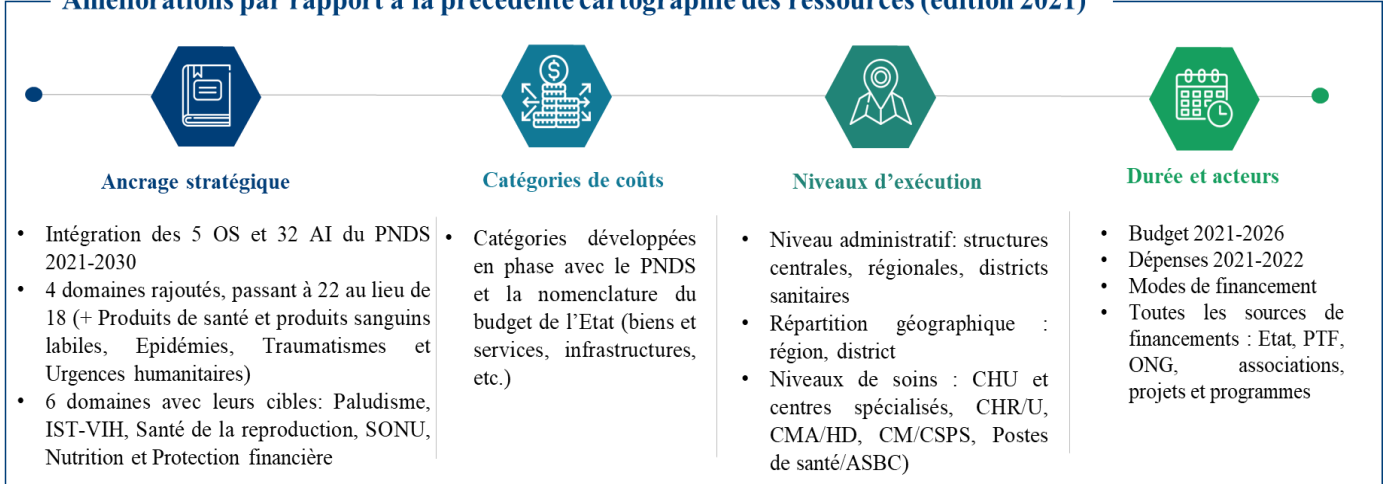


Figure 3 : Améliorations de l'outil de collecte par rapport à l'édition 2021

Outre les améliorations apportées dans la phase de création et de validation de l'outil de collecte de données, des améliorations majeures sont aussi introduites dans la phase de collecte de données des différentes sources de financement.

### 2.3. Phase 3 : Collecte et validation des données

La phase de collecte et de validation des données de la cartographie des ressources constitue l'une des phases les plus charnières de tout le processus de cartographie. En effet, au cours de cette phase, plusieurs actions sont menées sur le terrain par l'équipe de la cartographie en vue d'assurer un recensement exhaustif des interventions menées dans le secteur de la santé du Burkina Faso. Il s'agit *inter alia* de l'assistance rapprochée des différentes parties prenantes dans le remplissage de leurs données sur la plateforme de la cartographie, la résolution des bugs techniques relevés par l'équipe ou signalés par les acteurs qui renseignent la plateforme, la triangulation et la validation des données renseignées pour en assurer la cohérence et la qualité.

Les sources de données identifiées pour la collecte peuvent être classifiées dans deux catégories majeures :

- **Sources de données primaires** : il s'agit de données issues de la collecte directe de données sur la plateforme de la cartographie dynamique des ressources auprès des PTF et des responsables des projets et programmes, après leur formation sur son remplissage.
- **Sources de données secondaires** : il s'agit de l'exploitation des lois de finances et des documents d'exécution budgétaire fournis par la Direction de la Gestion des Finances (DGF) du MSHP et la Direction Générale du Budget (DGB) du ministère en charge des Finances, des rapports d'études et des bases de données administratives du secteur public (MSHP), des données des comptes de la santé (ménages et secteur privé), des documents des projets ainsi que des rapports financiers disponibles en ligne pour certains PTF.

Le tableau ci-dessous présente pour chaque type d'acteur, les sources de données et leurs descriptions ainsi que les structures qui les produisent ou disponibilisent.



Tableau 1. : Sources des données de la cartographie des ressources

Acteurs	Sources de données	Structures responsables	Description des données
<b>État</b>	✓ Loi de finances ✓ Situation d'exécution du budget du MSHP	DGB/MEFP	Les données sur les budgets de l'État extraites des lois de finances de 2023 à 2025
		DGF/MSHP	Les situations d'exécution du budget de l'État en 2021 et 2022 extraites du Circuit Intégré de la Dépense (CID)
<b>Projets et Programmes de développement</b>	✓ Documents de projet ✓ Plans de travail annuels	Gestionnaires de projets et DCP/MSHP	Les budgets et les dépenses sont fournies par les gestionnaires des projets et programmes et le cas échéant par la DCP
<b>PTF</b>	✓ Document de programmation budgétaire	Bailleur et partenaires d'exécution	Les budgets de santé des bailleurs et des partenaires d'exécution de 2023 à 2025
	✓ Document de d'exécution budgétaire	Bailleur et partenaires d'exécution	Les dépenses de santé des bailleurs et des partenaires d'exécution de 2021 à 2022
<b>Ménages</b>	✓ Comptes de la santé	DSS/DGESS/MSHP	Les données sur les dépenses de santé des ménages de 2017 à 2021
	✓ Comptes de la santé ✓ Plan stratégique développement du RAMU	DSS/DGESS/MSHP et RAMU	Les données des dépenses de santé des ménages de 2017 à 2021 projetées sur la période 2023 à 2025 en tenant compte des prévisions du RAMU
<b>Secteur privé</b>	✓ Comptes de la santé	DSS/DGESS/MSHP	Les données des dépenses de santé du secteur privé de 2017 à 2021, projetées sur la période 2023 à 2025

Globalement l'innovation en matière de collecte de données pour cette édition de cartographie dynamique des ressources se situe au niveau de la division du processus de collecte en deux étapes : les bailleurs (sources de financement) saisissent d'abord les informations budgétaires globales en désignant leurs acteurs de mise en œuvre. Ensuite, ces derniers fournissent des détails des projets renseignés en précisant notamment, le programme budgétaire, les orientations stratégiques et axes d'intervention dont relèvent ces projets, les catégories de coûts, les lieux géographiques de mise en œuvre ainsi que les cibles des projets. Ce processus en deux étapes renforce la qualité et la pertinence des données collectées et améliore l'alignement des efforts de collecte de données, garantissant ainsi une meilleure vision de l'allocation et de l'utilisation des ressources dans le système de santé du Burkina Faso.

Au total, 27 items sont recueillis pour chaque intervention. L'information agrégée est communiquée par la source de financement à travers le formulaire dédié : « Espace bailleur », et la désagrégation est faite par l'acteur de mise en œuvre sur son interface dénommée « Espace partenaire d'exécution » (voir annexe 5).

### 2.3.1. Collecte des données de l'État

La phase de collecte des données de la cartographie a démarré en recueillant d'abord les données de l'Etat. Pour ce faire, l'équipe de la cartographie a répertorié l'ensemble des documents utiles et pertinents pour mener à bien l'exercice. Concrètement, les engagements budgétaires de l'État sur la période 2023-2025 tirent leur source de la loi de finances fournie par la DGB du MEFP. Quant aux exécutions budgétaires 2021-2022, elles sont extraites du Circuit Intégré de la Dépense (CID) et mises à disposition par la Direction de la Gestion des Finances (DGF) du MSHP. L'ensemble de ces données ont été exploitées afin de les faire correspondre le cas échéant, aux critères de données de la cartographie des ressources :

- **Les coûts relatifs à l'acquisition de matériels de transport** ont été classés dans les équipements médicaux, en faisant référence aux ambulances et dans les équipements non médicaux en désignant les moyens de déplacement des agents de santé.
- **Les primes et tous les coûts et activités visant la rémunération du personnel**, sont logés dans la catégorie des ressources humaines.

Par ailleurs, afin d'affiner la collecte des données de l'État, d'autres ajustements ont été opérés. Il s'agit notamment de la réplique des prévisions budgétaires de l'année 2025 pour l'année 2026 suivant l'hypothèse que l'allocation budgétaire de l'Etat restera dans les mêmes proportions pour les deux années.

De plus, dépendamment de l'intervention et de la structure de mise en œuvre concernée<sup>1</sup>, les données de l'Etat ont été désagrégées sur la base des clés de répartition conçues lors de la phase préparatoire. L'objectif principal étant de mieux refléter la manière dont les ressources et dépenses sont réalisées sur le terrain, évitant ainsi une concentration des ressources et dépenses au niveau central, alors que celles-ci s'exécutent aussi dans les autres niveaux de la pyramide sanitaire<sup>2</sup> à savoir le niveau régional et le niveau district sanitaire (cas des soldes mensuelles).

### 2.3.2. Collecte des données des PTF

Les données des PTF ont été collectées suivant un processus en trois temps. Premièrement, les différents partenaires techniques et financiers et leurs points focaux ont été identifiés sur la base des données de la précédente cartographie des ressources (édition 2021), révisées et mises à jour grâce au concours du chef de file des PTF intervenant dans le domaine de la santé au Burkina Faso (Délégation de l'Union européenne au Burkina Faso) mais aussi des partenaires d'exécution qui ont révélé leurs sources de financement. Au total, 25 sources de financement prioritaires ont été ciblées (voir annexe 6). Parmi lesquelles, 22 ont participé à l'exercice actuel de cartographie (soit un taux de réponse de 88%). Toutefois, à la fin du processus de collecte, les données de 44 sources de financement<sup>3</sup> issues de l'actuelle et la précédente édition de cartographie ont été collectées et consolidées dans la base de données pour la réalisation des analyses.

Deuxièmement, les données des 192 partenaires d'exécution cités par les sources de financement (bailleurs) prioritaires ont été collectées au fur et à mesure que ces dernières finissaient de renseigner les données agrégées. Au total, 42 organisations ont réussi à renseigner et désagréger leurs données sur la plateforme digitale de la cartographie dynamique des ressources. Les données des 150 restantes ont été désagrégées par l'équipe de la cartographie des ressources et validées par les différents bailleurs.

Troisièmement, des formations ont été administrées au début de la phase de collecte des données des PTF et de façon transversale durant tout le processus de collecte de données. Trois sessions majeures ont été organisées en mai à l'initiative de l'équipe de la cartographie, et en juin et juillet 2023 à l'initiative des

<sup>1</sup> La mise en œuvre des interventions de l'Etat est faite par 106 structures (directions, districts, instituts, projets, etc.)

<sup>2</sup> Voir en annexe 9 la pyramide sanitaire du Burkina Faso

<sup>3</sup> Ces 44 sources de financement exclues les sources de financement Etat, Ménages, et Secteur privé et figurent en annexe 7.



partenaires techniques et financiers (voir annexe 3). Outre les formations organisées et les tutoriels partagés, l'équipe de la cartographie des ressources s'est organisée pour apporter une assistance rapprochée à chaque acteur dans le remplissage des données sur la plateforme, selon diverses modalités et canaux : en présentiel (dans les locaux de la DGESS ou ceux des PTF), et en ligne (échanges par courriels électroniques, par appels téléphoniques, par discussions instantanées via la plateforme digitale de la cartographie des ressources).

### 2.3.3. Collecte des données des projets et programmes de développement

La collecte des données des projets et programmes de développement s'est structurée en deux principales étapes. Les différents projets et programmes de développement et leurs responsables et/ou points focaux respectifs ont été identifiés notamment à travers la Direction de la Coordination des Projets et Programmes (DCPP) du MSHP. La deuxième étape a consisté à assurer la formation des responsables et/ou points focaux, la remise des identifiants et mots de passe et l'assistance rapprochée fournie par l'équipe de la cartographie des ressources aux différents responsables pour points focaux pour le remplissage de leurs données sur la plateforme digitale.

Au total dix (10) projets et programmes spécifiques ont été identifiés et traités séparément<sup>4</sup>. Il s'agit en l'occurrence du :

- 1 Projet « ORIO13BF01I : amélioration de l'accès aux soins de santé pour la mère et l'enfant au Burkina Faso »
- 2 Projet de construction et d'équipement (PCE) des centres hospitaliers régionaux de Dédougou, Fada N'Gourma et Gaoua (PCE 3 CHR 2) / CHRU GAOUA
- 3 Projet de préparation et de riposte à la COVID-19 (PPR COVID-19)
- 4 Projet de construction et d'équipement (PCE) CHU Bassinko
- 5 Projet de renforcement des soins de santé primaires pour l'amélioration de la santé et de la nutrition (PRSS-ASN)
- 6 Projet Neurochi
- 7 Projet de Construction et d'équipement d'un nouveau CHU à Bobo-Dioulasso
- 8 Programme de Lutte contre le VIH, le SIDA et les IST du SP/CNLS-IST
- 9 Programme de Santé Sexuelle et Reproductive (PSSR)
- 10 Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS)

<sup>4</sup> Il s'agit de projets et programmes identifiés et traités séparément via les responsables projets et programmes et non la liste exhaustive des projets et programmes en cours au sein du MSHP



Bien que leurs sources de financement soient des institutions financières, le type de financement des projets PCE du CHRU Gaoua (Banques Société Générale et ING), le Projet Neurochi (BOAD), et le PCE CHU Bassinko (Deutsche Bank S.A.E) sont reclassés en « Etat » au lieu de « PTF » pour tenir compte du fait que l’Etat est l’acteur supportant à terme le coût financier desdits projets. Par ailleurs, le financement étatique du Programme de Lutte contre le VIH, le SIDA et les IST effectué par la Présidence du Faso, a pu être capturé, par le concours du SP/CNLS-IST.

#### 2.3.4. Collecte des données du secteur privé

En raison des contraintes pour collecter les données auprès de sources primaires, les données du secteur privé sont obtenues à partir des hypothèses de projections réalisées sur les données extraites des comptes nationaux de la santé produits par la Direction des Statistiques Sectorielles (DSS).

Les projections budgétaires et les dépenses sont faites sur la période 2022 à 2025 à partir du taux de croissance annuelle moyen (TCAM) des dépenses du secteur privé sur la période 2017 à 2021. En rappel, selon la nomenclature des comptes nationaux de la santé, le secteur privé *stricto sensu* regroupe à la fois les entreprises et les ISBLSM (Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages) que sont les ONG et Associations nationales. Par ailleurs, la ventilation selon les programmes budgétaires, les niveaux administratifs et les niveaux de soins représente le niveau de granularité le plus détaillé des données dans le secteur privé dans le cadre de l’édition actuelle de cartographie des ressources.

Tableau 2. : Estimations des données sur la contribution du secteur privé

Source	Description des données	Hypothèses
Comptes nationaux de la santé 2017-2021	Contribution du secteur privé dans le système de santé 2017-2021	Taux de croissance annuelle moyen (TCAM) 2017-2021 : 0,75%

#### 2.3.5. Collecte des données des ménages

La contribution des ménages (paiements directs) a également fait l’objet de projections étant donné que ces données ne sont pas collectées sur le terrain dans le cadre de la cartographie des ressources. L’estimation des données des ménages a été faite sur la base des données des comptes nationaux de la santé et des prévisions du plan stratégique de développement du Régime d’Assurance Maladie Universelle (RAMU). Ledit plan prévoit un taux de couverture des ménages qui évoluera progressivement pour s’établir à 30% en 2026.

Selon les comptes nationaux de la santé, la contribution des ménages est dirigée aussi bien vers le secteur public (hôpitaux, prestataires de soins de santé ambulatoire, prestataires de soins préventifs) que le secteur privé (prestataires de services auxiliaires). La contribution des ménages évolue de 11% par année en moyenne sur la période de 2017 à 2021. Toutefois, cette évolution des paiements directs des ménages sera progressivement ralentie par l’élargissement de la couverture de la population par l’assurance maladie universelle passant de 15% en 2022 à 30% en 2026. Ces données obtenues sont désagrégées par programme budgétaire, par niveau administratif et par niveau de soins dans le cadre de l’exercice actuel de cartographie.

Le tableau ci-dessous récapitule les hypothèses formulées par l’équipe de la cartographie des ressources pour déterminer les prévisions budgétaires de 2022 à 2025 et les dépenses de 2022.





Tableau 3. : Estimations des données sur la contribution des ménages

Source	Description des données	Hypothèses
1. Comptes nationaux de la santé 2017-2021	Contribution des ménages dans le système de santé 2017-2021	Taux de croissance annuelle moyen (TCAM) 2017-2021 : 11%
2. Plan stratégique de développement du RAMU 2018-2027	Données sur le taux d'enrôlement afin d'atteindre un taux de couverture de risque maladie de 30% en 2026	Baisse à partir de 2021 du taux de croissance de la contribution des ménages en paiement direct de 15% en 2022, de 20% en 2023 et 2024 et de 25% en 2025 sur la base des objectifs de taux d'enrôlement déclinés dans le plan stratégique du RAMU

### 2.3.6. Triangulation, nettoyage et validation des données collectées

L'étape de triangulation, de nettoyage et de validation des données collectées constitue l'une des étapes les plus cruciales du processus de cartographie des ressources. En effet, elle vise à assurer la complétude, la cohérence et la qualité des données saisies sur la plateforme de collecte des données de la cartographie avant de procéder aux différentes analyses.

Pour ce faire, l'équipe de la cartographie des ressources a d'abord procédé à la vérification de l'état des données saisies par chaque acteur pour en déceler les éventuelles lacunes. Ensuite, des sessions de validation individuelles ont été organisées pour chaque groupe d'acteurs concernés (Etat, projets et programmes de développement, PTF). Au cours de ces sessions, les données ont fait l'objet de triangulation pour en assurer la cohérence. En effet, les données renseignées par les différentes sources de financement devaient d'une part correspondre aux sources de données dont l'équipe de la cartographie disposait (lois de finances, documents de projet, plans de travaux annuels, bilans financiers, etc.). D'autre part, les données agrégées saisies dans « l'espace bailleur » devaient correspondre à celles désagrégées dans « l'espace partenaire d'exécution ». Par ailleurs, l'équipe de la cartographie avec le concours des différents acteurs a procédé à la saisie des données manquantes et à la suppression des doublons détectés.

Enfin, les données nettoyées et validées ont été regroupées dans une base de données consolidée. La base de données consolidée a été examinée plus amplement et affinée. Une fois les révisions et les contrôles de qualité faits, la base de données consolidée de la cartographie des ressources a été sauvegardée pour servir aux différentes analyses de données.

## 2.4. Phase 4 : Analyse des données de la base consolidée et diffusion des résultats préliminaires

La conduite des différentes analyses des données de la cartographie a immédiatement démarré à l'issue de l'étape de triangulation, de nettoyage et de validation des données de la phase de collecte des données. Toutefois, la réalisation de ces analyses a été précédé de l'élaboration et la validation préalables d'un plan d'analyses principales à mener. Ce plan a été établi sur la base des retours et requêtes d'analyses reçus à l'issue de la précédente édition mais aussi des nouveaux cas d'utilisation identifiés notamment par le MSHP.

Par la suite, des analyses préliminaires ont été réalisées sur la base de ce plan élaboré. Les différentes parties prenantes du nouveau étatique ont formulées leurs amendements et commentaires principalement orientés vers la désagrégation plus fine des données renseignées, en vue de la réalisation des analyses finales. Les grandes lignes de ces analyses sont résumées dans le tableau ci-dessous. Il convient de noter que le plan d'analyse n'est pas équivalent au plan du présent rapport qui se veut plus synthétique.



Tableau 4. : Plan d’analyses principales des données de la cartographie

Thématiques	Principaux critères d’analyses
<b>1. Analyse de l’évolution et la répartition des ressources en santé (2023-2025)</b>	1.1 Analyse de l’évolution annuelle des ressources en santé
	1.2 Analyse de la répartition des ressources en santé par type de financement, source de financement, programme budgétaire
	1.3 Analyse de la répartition des ressources en santé par orientation stratégique, et par axe d’intervention du PNDS 2021-2030
	1.4 Analyse de la répartition des ressources en santé par domaine d’intervention, catégorie de coûts, niveau de soins
	1.5 Analyse de la répartition géographique des ressources en santé
<b>2. Analyse des dépenses en santé et des taux d’exécution réalisés (2021-2022)</b>	2.1 Analyse de l’évolution annuelle des dépenses en santé et des taux d’exécution correspondants
	2.2 Analyse de la répartition des dépenses en santé par type de financement, source de financement, programme budgétaire et des taux d’exécution correspondants
	2.3 Analyse de la répartition des dépenses en santé par orientation stratégique, et par axe d’intervention du PNDS 2021-2030 et des taux d’exécution correspondants
	2.4 Analyse de la répartition des dépenses en santé par domaine d’intervention, catégorie de coûts, niveau de soins et des taux d’exécution correspondants
	2.5 Analyse de la répartition géographique des dépenses en santé et des taux d’exécution correspondants
<b>3. Analyse des gaps de financement</b>	3.1 Analyse du gap total de financement
	3.2 Analyse du gap par programme budgétaire
	3.3 Analyse de gaps par orientation stratégique et par axe d’intervention du PNDS 2021-2030
	3.4 Analyse de gap par domaine d’intervention et par niveaux de soins
<b>4. Réalisation d’analyses portant sur des domaines spécifiques</b>	4.1 Analyse SRMNEA-N
	4.2 Analyse Soins de Santé primaires
	4.3 Analyse Santé Communautaire



## 2.5. Contraintes et limites de l'exercice de cartographie des ressources

Le processus de cartographie dynamique des ressources dans le secteur de la santé a rencontré plusieurs succès en exploitant divers leviers, tels que l'engagement et la mobilisation proactive de l'équipe dédiée à la cartographie des ressources, ainsi que la disponibilité d'une plateforme numérique de collecte de données. Toutefois, diverses contraintes ont entravé la pleine réalisation de l'ensemble des objectifs visés par cet exercice, poussant l'équipe de la cartographie à devoir constamment réadapter ses actions. Ces contraintes touchent non seulement l'intégralité du processus, mais aussi des phases et étapes spécifiques de celui-ci. Les principaux défis et limites identifiés lors de l'édition actuelle de la cartographie des ressources sont mentionnés dans l'encadré ci-dessous.

### **Encadré 2 : Contraintes et limites de la cartographie des ressources édition 2023**

- La non-disponibilité de données prospectives de ressources budgétaires pour certains acteurs (Etat, PTF) engendrant le retrait de l'année 2026 dans les analyses actuelles ;
- La non-disponibilité des données fiables de dépenses pour certains PTF pour 2021 et 2022 ;
- La faible désagrégation des données des différents acteurs (Etat, PTF) selon les critères et articulations de l'outil de digital de collecte de données tels que les domaines, les sous-domaines, les cibles, les catégories de coûts, les zones géographique (région et district), les niveaux de soins ;
- L'instabilité de la plateforme digitale de collecte au tout début du processus de collecte ;
- La lente réactivité de certains PTF et projets et programmes de développement dans la désignation de leurs points focaux ;
- La lenteur de certains points focaux dans le remplissage des données sur la plateforme digitale de la cartographie ;
- Le manque de disponibilité (et parfois de capacités techniques) de certains membres de l'équipe de la cartographie pour intervenir à certaines phases cruciales du processus de cartographie des ressources (collecte, validation, analyses de données)

## 2.6. Considérations éthiques

La réalisation de la cartographie dynamique des ressources par le MSHP en collaboration avec l'ONG CHAI, dans le cadre de l'opérationnalisation du PNDS 2021-2030 élaboré selon l'approche « un plan, un budget, un rapport », et du renforcement de la gestion des finances publiques, a permis la mobilisation d'un ensemble d'informations sur des données programmatiques et financières auprès de l'État, des projets et programmes de développement, ainsi que des PTF.

En amont du processus de collecte des données, une correspondance officielle expliquant les objectifs et les phases de l'exercice, a été transmise aux différents acteurs intervenant dans le système de santé du Burkina Faso, dont les PTF par le biais de leur chef de file (Délégation de l'Union Européenne). Compte tenu du caractère sensible de certaines données collectées, l'équipe de la cartographie a observé les conditions de confidentialité tout au long du processus. Toutes les informations recueillies ont été traitées avec la plus grande confidentialité et ne sont ni divulguées, ni partagées, ni exploitées à d'autres fins que celles définies dans le cadre de cet exercice de cartographie des ressources.

### 3. Analyse des résultats de la cartographie

L'analyse des résultats de la cartographie des ressources offre des perspectives approfondies pour guider les décisions et les actions subséquentes de l'ensemble des parties prenantes du secteur de la santé au Burkina Faso. En examinant les données programmatiques et financières collectées auprès des différents acteurs, l'équipe de la cartographie a pu identifier des tendances significatives et des priorités émergentes. Ces analyses mettent en évidence la répartition des ressources et des dépenses en fonction de critères clés tels que les domaines programmatiques, les niveaux de soins, les zones géographiques, et les catégories de coûts. Elles jouent un rôle primordial dans l'évaluation de la cohérence entre les allocations budgétaires et les besoins urgents du secteur de la santé, contribuant ainsi à une analyse de l'équité et de l'efficacité des interventions. De plus, elles permettent d'identifier des lacunes et de formuler des recommandations stratégiques pour une utilisation plus efficace des ressources disponibles. En s'appuyant sur une compréhension approfondie des ressources disponibles, ces analyses offrent aux décideurs la possibilité d'élaborer des plans stratégiques ou opérationnels plus ciblés et adaptés aux priorités changeantes du secteur de la santé. De même, cela renforce la capacité du système à répondre de manière proactive aux défis émergents. La démarche analytique adoptée fournit donc une base solide pour la planification et la prise de décisions basées sur des évidences mais aussi l'allocation ou la réaffectation efficace des ressources pour l'atteinte de résultats optimaux dans le domaine de la santé au Burkina Faso.

#### A. Analyse de l'évolution et la répartition des ressources en santé 2023-2025

##### 3.1. Evolution et répartition des ressources en santé par acteur de financement

Les ressources financières du secteur de la santé au Burkina Faso s'élèvent cumulativement à 2 202 milliards de FCFA sur la période 2023 à 2025. Ces ressources proviennent de quatre (4) acteurs à savoir l'État (41%), les PTF (32%), les ménages (24%), et le secteur privé (4%). L'évolution annuelle des ressources en santé connaît au total une baisse annuelle moyenne (taux de croissance annuelle moyenne - TCAM) de -16%. Le total annuel des ressources budgétaires passe alors de 853 milliards de FCFA en 2023 à 744 milliards de FCFA en 2024 pour enfin s'établir à 604 milliards de FCFA en 2025 comme illustré dans la figure ci-dessous.

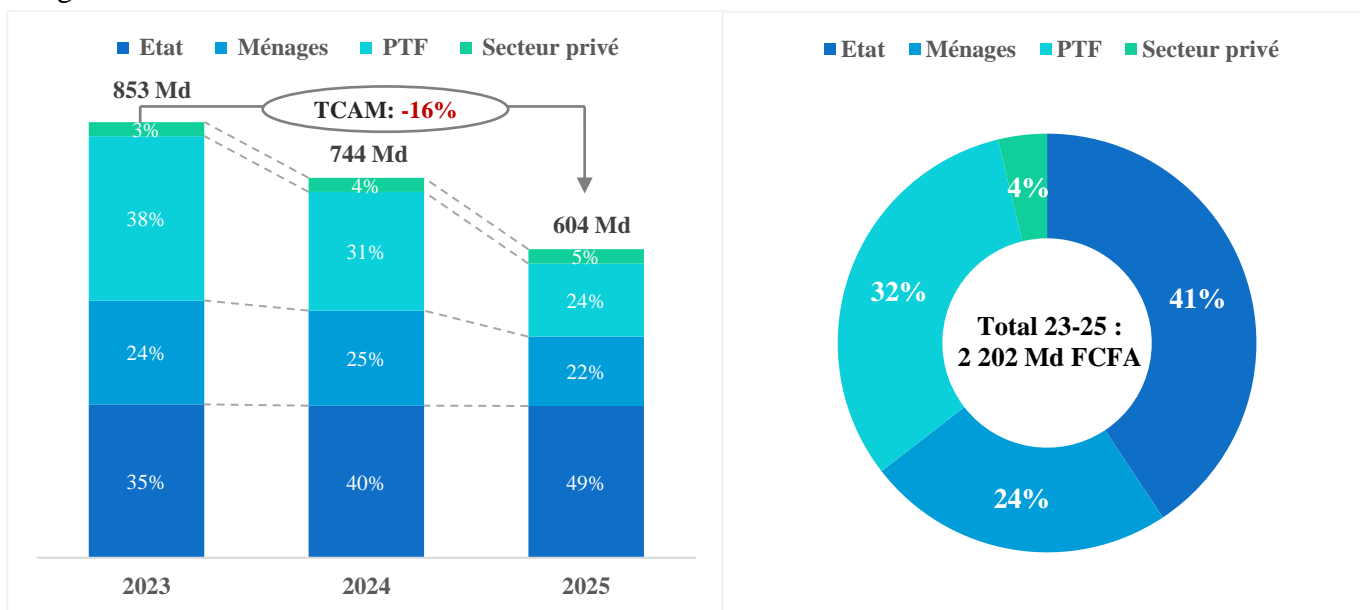


Figure 5: Evolution et répartition des ressources en santé par type de financement



Hormis les ressources du secteur privé qui connaissent une légère augmentation (taux de croissance annuelle moyen – TCAM de 0,75%), les ressources des trois autres acteurs sont en constante baisse, en particulier celles des PTF (-33%) engendrant la baisse globale observée sur la période 2023-2025.

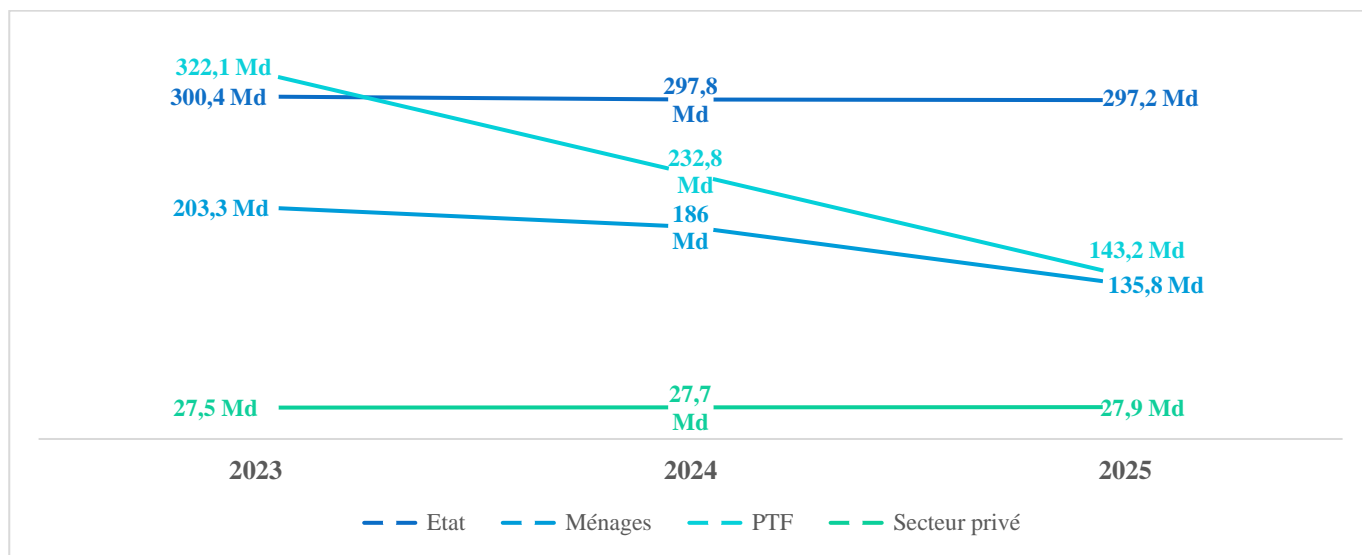
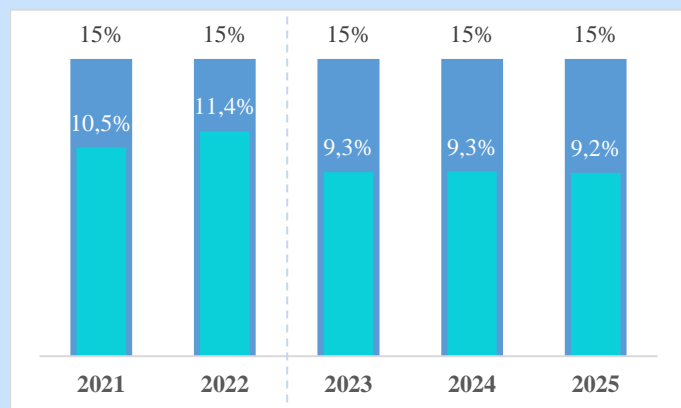


Figure 6: Evolution de la contribution des acteurs de financement sur la période 2023-2025

La diminution progressive des ressources en santé au cours de la période 2023-2025 s'explique principalement par trois facteurs clés. En premier lieu, le manque de claire visibilité des PTF sur les prochaines années, et aussi l'instabilité ou la non linéarité des financements de ces PTF, a fortement contribué à cette tendance (voir annexe 6, le taux de complétude par année). Deuxièmement, la conjoncture économique et les priorités concurrentes telles que le rétablissement de la sécurité, la réponse aux urgences humanitaires ont conduit les acteurs particulièrement l'Etat (voir encadré 3 ci-dessous), à réorienter ses ressources vers ces priorités, affectant négativement les financements dédiés à la santé. Troisièmement, la baisse pourrait aussi s'expliquer par le manque de données primaires sur les ressources qu'allouent les ménages et le secteur privé au secteur de la santé. En effet, *ceteris paribus* une plus forte augmentation de ces ressources entraînera inéluctablement une hausse des ressources totales allouées au secteur de la santé.

### Encadré 3 : Déclaration d'Abuja 2001 : où en est le Burkina Faso ?

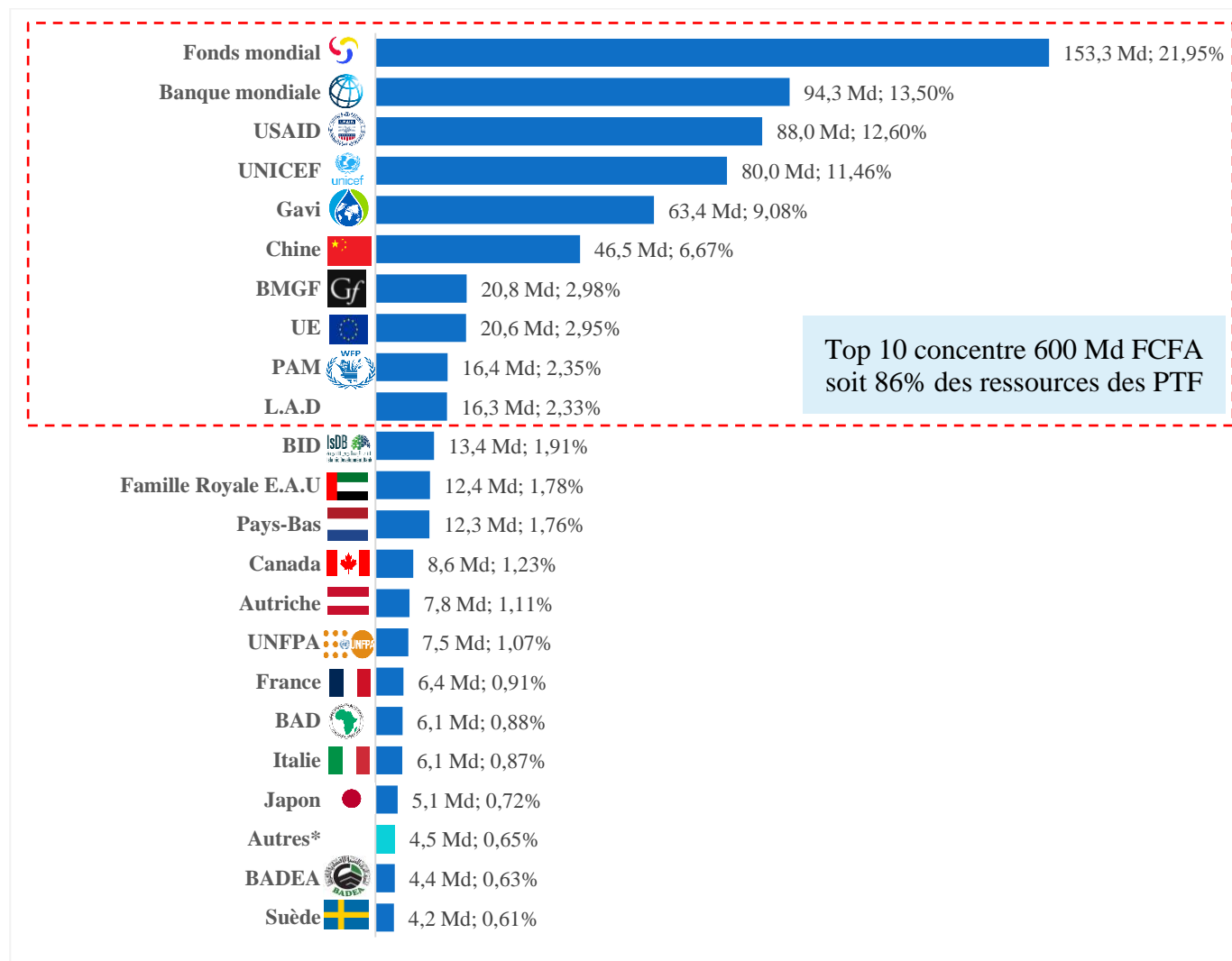
La déclaration d'Abuja, 2001 a consacré un engagement solennel des Etats membres de l'Union africaine (dont le Burkina Faso), à allouer au moins 15% du budget de l'Etat au secteur de la santé.



Le graphique ci-contre montre que pour le cas du Burkina Faso, malgré les efforts soutenus de l'Etat dans le domaine de la santé, moins de 10% du budget est consacré sur la période 2023-2025, une tendance baissière par rapport aux deux précédentes années (2021-2022), confirmant l'hypothèse d'une réaffectation des ressources à d'autres priorités nationales telles que la sécurité et l'urgence humanitaire.

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) constituent des acteurs majeurs du financement du secteur de la santé au Burkina Faso, contribuant à près du tiers des ressources totales du secteur (32%) soit plus de 698 milliards de FCFA sur la période 2023-2025.

La répartition de la contribution des donateurs est illustrée dans la figure ci-dessous.



(\* ) les entités regroupées dans « Autres » sont citées en annexe 8

Figure 8 : Répartition des ressources 2023-2025 par PTF (bailleurs)

Les ressources allouées par les PTF émanent principalement de 10 organisations à savoir : le Fonds Mondial à hauteur de 153 milliards de FCFA, la Banque Mondiale (GFF y compris) avec 94 milliards de FCFA, l'USAID à hauteur de 88 milliards de FCFA, l'UNICEF avec 80 milliards de FCFA, GAVI avec 63 milliards de FCFA, la Chine à 47 milliards de FCFA suivi de BMGF, et UE avec 21 milliards de FCFA chacune. Le top 10 est clôturé par le PAM et le L.A.D avec 16 milliards de FCFA chacun. A noter que ce top 10 concentre 600 milliards de FCFA soit plus de 86% des ressources totales des PTF sur la période 2023-2025.

Outre la répartition par acteur de financement, les ressources de la cartographie sont également arrimées aux programmes budgétaires du Ministère de la Santé et aux déclinaisons du PNDS 2021-2030.



### 3.2. Structure de la répartition des ressources en santé par programme budgétaire

Depuis 2017, le budget du Ministère en charge de la santé est passé de la structure de budget de moyens ou budget-objet à la structure budget programme. Actuellement, quatre (4) programmes budgétaires ont été définis et sont en vigueur au sein du MSHP à savoir :

- Programme « 055 » : Offre de soins ;
- Programme « 056 » : Santé publique ;
- Programme « 057 » : Pilotage et soutien aux services de la santé ;
- Programme « 146 » : Accès aux produits de santé<sup>5</sup>.

Afin d'assurer une réelle intégration et cohérence du système de santé, l'ensemble des interventions menées par les différents acteurs de financement sont logées dans les 4 programmes budgétaires définis par le MSHP. La figure ci-dessous présente la répartition des ressources en santé par programme budgétaire sur la période 2023-2025 de même que le montant de la contribution de chaque acteur de financement.

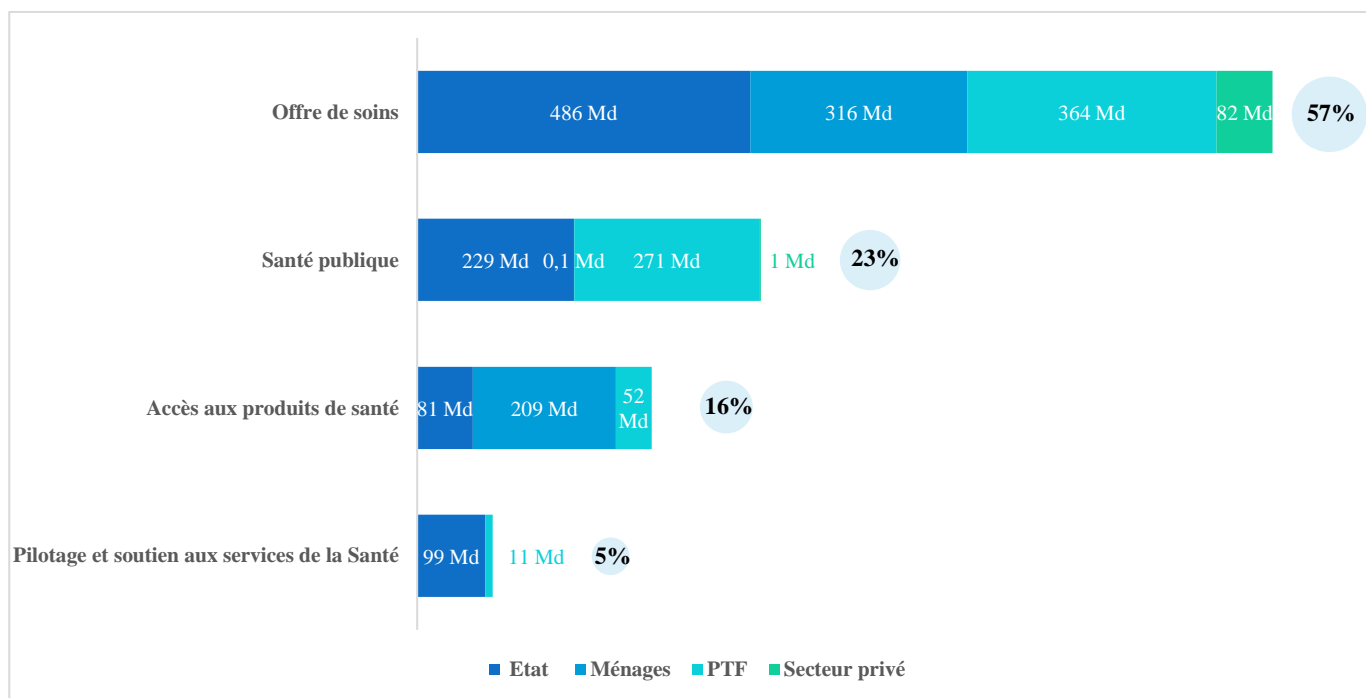


Figure 9 : Structure de financement des programmes budgétaires sur la période 2023-2025

Le programme budgétaire « Offre de soins » est le programme phare du MSHP. Il draine plus de 1 248 milliards de FCFA soit 57% des ressources en santé sur la période 2023-2025. Ce programme est financé par les différents acteurs de financement à savoir : l'Etat (39%), les ménages (25%), les PTF (29%) et le secteur privé (7%). Et les ressources mobilisées sont essentiellement allouées aux districts sanitaires (64%).

Le programme « Santé publique » occupe le deuxième rang avec au total 501 milliards de FCFA soit 23% des ressources en santé. Il est principalement financé par l'Etat et les PTF respectivement à hauteur de 46% soit 229 milliards et de 54% soit 271 milliards de FCFA. Les ménages et le secteur privé contribuent marginalement (0,3%) dans ce programme avec respectivement 1 milliard et 55 millions de FCFA. Les axes visés par le programme « santé publique » sont entre autres : le renforcement du système de santé, la lutte contre les maladies endémiques, le renforcement de la SRMNEA-N et des soins de santé primaires, etc.

<sup>5</sup> A partir de 2018, un quatrième programme appelé « Accès aux produits de santé (146) » a été mis en place à travers le nouvel organigramme. Source : PNDS 2021-2030, P. 13.



Quant au programme budgétaire « Accès aux produits de santé » il absorbe 16% du financement global soit 342 milliards de FCFA sur la période 2023-2025. Le financement du programme budgétaire émane à 61% des ménages, suivis de l'État à hauteur de 24%, et des PTF avec 15% des ressources. Parmi les PTF, le programme est porté par deux structures : à 70% par Gavi qui alloue 36 milliards de FCFA, et à 30% par l'USAID qui contribue au programme avec 16 milliards de FCFA. Ces ressources sont orientées vers l'acquisition des vaccins, ainsi que l'acquisition de médicaments et consommables médicaux pour la lutte contre le paludisme et l'amélioration de la santé de la reproduction en faveur des populations.

Enfin, le programme budgétaire « pilotage et soutien aux services de la santé » bénéficie de 5% du financement global soit 110 milliards de FCFA sur la période 2023-2025. Ce financement est essentiellement porté par l'Etat à hauteur de 90%, suivi des PTF qui soutiennent le gouvernement avec 10% des ressources du programme. Le financement de l'Etat dans le cadre de ce programme est orienté à 92% vers le renforcement des ressources humaines en santé (55 milliards de FCFA) et le renforcement de la gouvernance et la coordination (36 milliards de FCFA) pour plus d'efficacité et d'efficience dans la conduite de son action en faveur de l'amélioration de la santé de la population.

### 3.3. Analyse du niveau d'allocation des ressources aux articulations du PNDS 2021-2030

Le Plan National de Développement Sanitaire (2021-2030) est construit sur la base de l'approche « un plan, un budget, un rapport » (voir encadré 4 ci-dessous), vise principalement à améliorer l'état de santé de la population burkinabè. Ce plan est structuré autour de cinq (5) orientations stratégiques (OS), déclinées en 32 axes d'intervention (AI). Dans une démarche de renforcement de l'alignement stratégique, la cartographie dynamique des ressources en santé consigne l'ensemble des interventions au sein des différentes orientations stratégiques et axes d'intervention du PNDS 2021-2030. En alignant la cartographie des ressources sur les piliers du PNDS, l'exercice permet aux acteurs de suivre et d'évaluer la mise en œuvre des actions prévues pour chaque composante clé du PNDS afin d'en mesurer l'atteinte des effets attendus. Cette intégration permet également une utilisation plus transparente et optimale des ressources allouées pour atteindre les objectifs ambitieux du Plan National de Développement Sanitaire sur la décennie à venir.

#### **Encadré 4 : Approche « un plan, un budget, un rapport »**

L'approche « Un plan, un budget, un rapport » vise à assurer un meilleur alignement des interventions et du financement des parties prenantes externes et nationales sur les priorités du secteur de la santé.

##### **Un Plan**

- Les plans de toutes les parties prenantes du secteur de la santé devraient être reflétés dans un unique plan stratégique élaboré de façon participative : PNDS 2021-2030
- Tous les autres plans programmatiques (SSP, SC, SSR...) et régionaux devraient s'aligner sur cet unique plan stratégique



##### **Un Budget**

- Budgétisation exhaustive prenant en compte les contributions de toutes les parties prenantes
- L'ensemble des financements dans le système de santé sont cartographiés pour servir à la mise en œuvre du « plan unique » élaboré



##### **Un Rapport**

- Utilisation d'un ensemble d'indicateurs clés, et de processus communs pour piloter la réalisation des objectifs du plan unique élaboré et budgétisé
- Idéalement, tous les acteurs rendent compte selon un format de rapport standard convenu et utilisent l'ensemble des indicateurs clés du pays, sans dupliquer les canaux de rapport



La figure ci-dessous montre une forte captation des ressources en santé par l'orientation stratégique (OS) 3 : « *Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)* » qui contient 15 des 32 axes d'intervention. Elle enregistre 866 milliards de FCFA (soit 54% des ressources). L'orientation stratégique 2 portant sur le « *Développement des ressources humaines pour la santé* » avec ses 2 principaux axes d'intervention mobilise 26% des ressources en santé soit 410 milliards de FCFA notamment consacrées à la rémunération et à la formation du personnel en santé. Elle est suivie de l'OS 5 « *Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires* » qui capte 10% des ressources en santé soit 167 milliards de FCFA. Ces ressources financent essentiellement le premier des trois AI de cette OS à savoir le « *renforcement de la disponibilité de l'offre de services de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, catastrophes et conflits* ». Quant aux OS 1 et 4, respectivement « *Adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique* » et « *Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre* », elles enregistrent 88 milliards de FCFA (5%) et 64 milliards de FCFA (4%).

L'analyse des types de financement<sup>6</sup> de chaque orientation stratégique montre que les ressources allouées à l'OS 3 sont à parts pratiquement égales entre l'Etat et les PTF. L'OS 2 et 1 essentiellement financées par l'Etat (97% et 65%), contrairement à l'OS 5 et 4 qui bénéficient majoritairement des financements des PTF (97% et 92%).

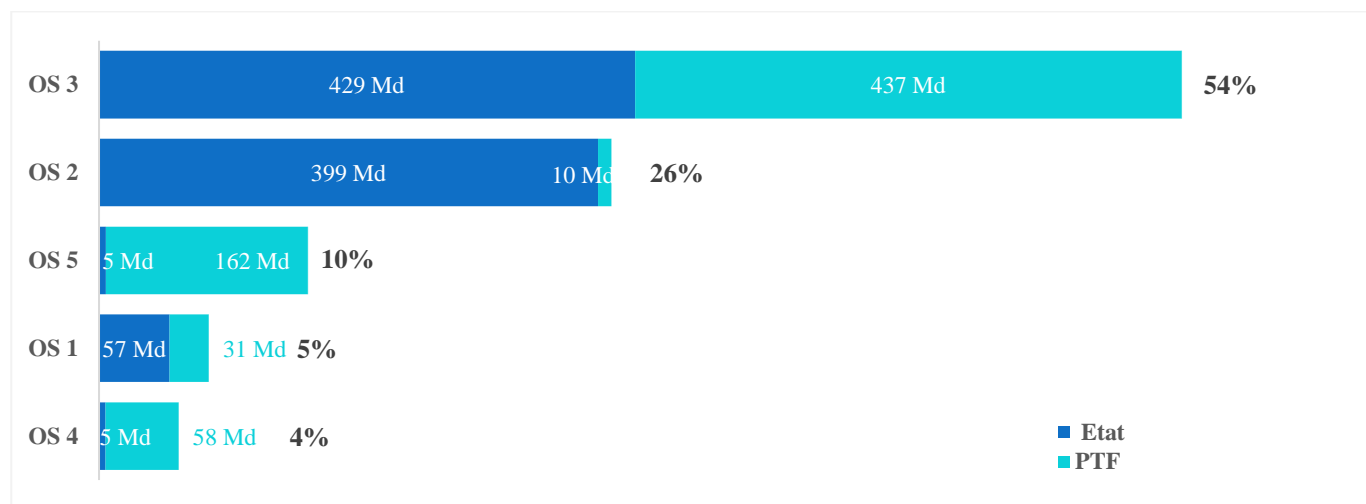


Figure 11 : Répartition des ressources en santé par orientation stratégique du PNDS 2021-2030

Quant aux axes d'intervention qui découlent des différents OS, cinq (5) d'entre eux concentrent 948 milliards de FCFA soit près de 60% des ressources, à savoir : l'AI 2 de l'OS 2 : « *Renforcement de la disponibilité et de la qualité de la gestion des ressources humaines* » avec 25% des ressources ; suivi de l'AI 3 de l'OS 3 : « *Renforcement des équipements, du matériel standardisé et harmonisé et de la logistique* », de l'AI 11 de l'OS 3 : « *Amélioration de la disponibilité et l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées* », de l'AI 2 de l'OS 3 : « *Renforcement des infrastructures standardisées et harmonisées* », et enfin de l'AI 2 de l'OS 5 : « *Renforcement de la disponibilité de l'offre de services de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, catastrophes et conflits* » mobilisant respectivement 10%, 9%, 8,8%, et 7% des ressources en santé sur la période 2023-2025.

<sup>6</sup> Les données des autres types de financement à savoir les ménages et le secteur privé ne sont pas désagrégées par OS et AI

### 3.4. Analyse de l'équité dans la distribution des ressources en santé

L'équité constitue l'un des piliers majeurs de la performance d'un système de santé. Conscient de ces enjeux, le MSHP l'a consignée comme valeur cardinale du PNDS 2021-2030 en ces termes : « *l'équité dans la mise en œuvre des programmes et l'allocation des ressources vise à assurer une couverture adéquate des groupes marginalisés tant du point de vue géographique, socio-culturel ou en rapport avec le revenu* »<sup>7</sup>.

Compte tenu des critères de données collectées dans le cadre de la cartographie des ressources, l'analyse de l'équité se focalise sur deux prismes majeurs à savoir : l'analyse de l'allocation des ressources financières dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et district sanitaire) ; et l'analyse de la répartition des ressources par habitant et par zone géographique sur la période 2023-2025.

#### 3.4.1. Allocation des ressources par niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse de l'allocation des ressources à chaque niveau de la pyramide sanitaire met en lumière le degré de décentralisation et l'équité dans la répartition des ressources en fonction du lieu d'exécution des interventions dans le système de santé.

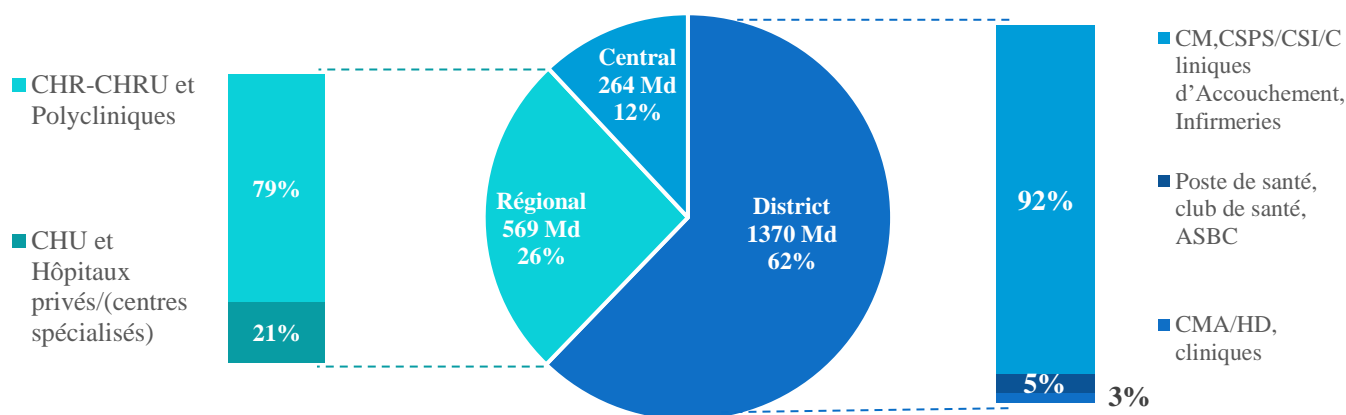


Figure 12 : Répartition des ressources par niveau du système de santé (2023 – 2025)

Sur la période 2023-2025, la ventilation des ressources des différents acteurs de financement témoigne de l'orientation marquée du Burkina Faso vers le renforcement des services de santé de proximité, avec 62% des ressources allouées au niveau opérationnel (districts sanitaires) soit 1 370 milliards de FCFA. Ces ressources atterrissent majoritairement dans les CM/CSPP/CSI/Cliniques d'Accouchement, Infirmieries (92%) qui représentent le niveau primaire où les populations se dirigent pour leurs soins. Le reste des ressources (8%) est partagé entre les CMA/HD/cliniques et les Postes de santé/Club de santé et ASBC.

Les directions régionales de la santé, au niveau intermédiaire, bénéficient de 26% des ressources, soulignant leur rôle crucial dans la coordination régionale des politiques de santé et dans l'appui aux districts sanitaires. Ces ressources d'un montant de 569 milliards de FCFA sont allouées principalement aux niveaux hospitalier (les CHR-CHRU et Polycliniques pour 79% et les CHU et Hôpitaux privés/Centres spécialisés pour 21%). De ces ressources 1,5 milliards de FCFA est octroyé aux directions régionales de santé (DRS) par l'Etat, pour assurer leur fonctionnement mais aussi pour les équiper en matériel et mobilier de bureau afin de garantir un fonctionnement optimal de ces entités.

<sup>7</sup> Source : PNDS 2021-2030; P. 51.



Avec une allocation budgétaire de 264 milliards de FCFA, représentant 12% des ressources totales, le niveau central continuera d'assurer son rôle essentiel et stratégique dans le pilotage de l'élaboration et du suivi des politiques de santé. Cette part financière substantielle lui permettra de continuer à mobiliser les ressources nécessaires, à exercer un contrôle de gestion efficace et à évaluer les performances du système de santé, gage de la réalisation des objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030.

### 3.4.2. Allocation des ressources par zone géographique

L'analyse de l'allocation des ressources en santé selon les zones géographiques constitue en complément à l'analyse de la répartition par niveau du système sanitaire, la deuxième perspective d'examen de l'équité en santé dans le cadre de cette édition de la cartographie des ressources. Cette répartition vise à garantir une distribution équitable des ressources et des services de santé à toutes les populations, indépendamment de leur localisation. Dans cette démarche, le premier niveau de l'analyse consiste à scruter la répartition des ressources en santé au sein des différentes régions afin de repérer celles où les ressources financières seront particulièrement concentrées entre 2023 et 2025. L'analyse montre que les ressources en santé sont effectivement allouées dans les diverses régions et leurs districts respectifs. Néanmoins, des disparités régionales importantes se dessinent, illustrées par un écart significatif entre la région la mieux pourvue (Centre), avec une concentration de 329 milliards de FCFA, et celle affichant le moins de ressources en santé (Centre-Sud), avec seulement 60 milliards de FCFA. Cette disparité représente un écart de 5,5 fois, alors qu'à titre d'exemple, l'écart en termes de population par région se situe à 3,9 fois.

Plus de la moitié des ressources allouées à l'ensemble des treize (13) régions du pays (soit plus de 56%), sont concentrées dans cinq (5) régions spécifiques, cela en raison de leur population mais aussi de la disponibilité des infrastructures sanitaires dans ces localités. Il s'agit de la région du Centre, avec une allocation de 329 milliards de FCFA (17%), des Hauts-Bassins avec 249 milliards de FCFA (13%), de la Boucle du Mouhoun avec 175 milliards de FCFA (9%), de l'Est avec 165 milliards de FCFA (9%), et du Sud-Ouest avec 161 milliards de FCFA (8%). Quant aux districts sanitaires, près de la moitié des ressources (653 milliards de FCFA soit 48% des ressources des districts) est concentrée dans seulement 20 des 70 districts sanitaires au niveau national.

La figure ci-dessous présente l'allocation des ressources en santé par région sur la période 2023-2025.

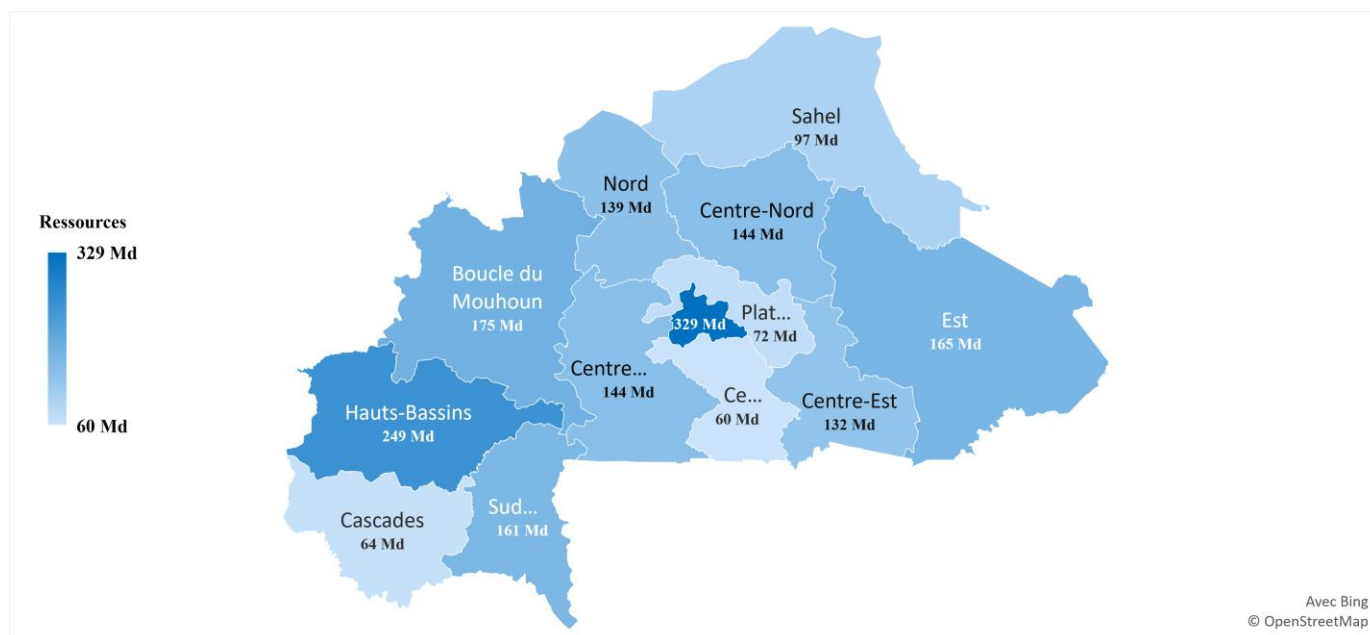


Figure 13 : Répartition régionale des ressources en santé (2023-2025)



La répartition globale des ressources en santé par région est complétée par une analyse des acteurs mettant à disposition ces ressources dans le système de santé. Plusieurs tendances sont observées. Les PTF constituent la première source de financement dans 7 des 13 régions du pays (Hauts Bassins, Boucle du Mouhoun, Est, Sud-Ouest, Centre-Nord, Nord, et Sahel). L'Etat domine le classement dans 5 régions (Centre, Centre-Ouest, Centre-Est, Plateau Central et Cascades). Sur le plan national, la région du Centre-Sud, région la moins financée, est aussi la seule région où les paiements directs des ménages constitue la première source de financement en santé sur la période 2023-2025.

Quant à l'analyse des ressources par habitant, elle livre d'autres tendances d'où la nécessité de descendre à un deuxième niveau d'analyse.

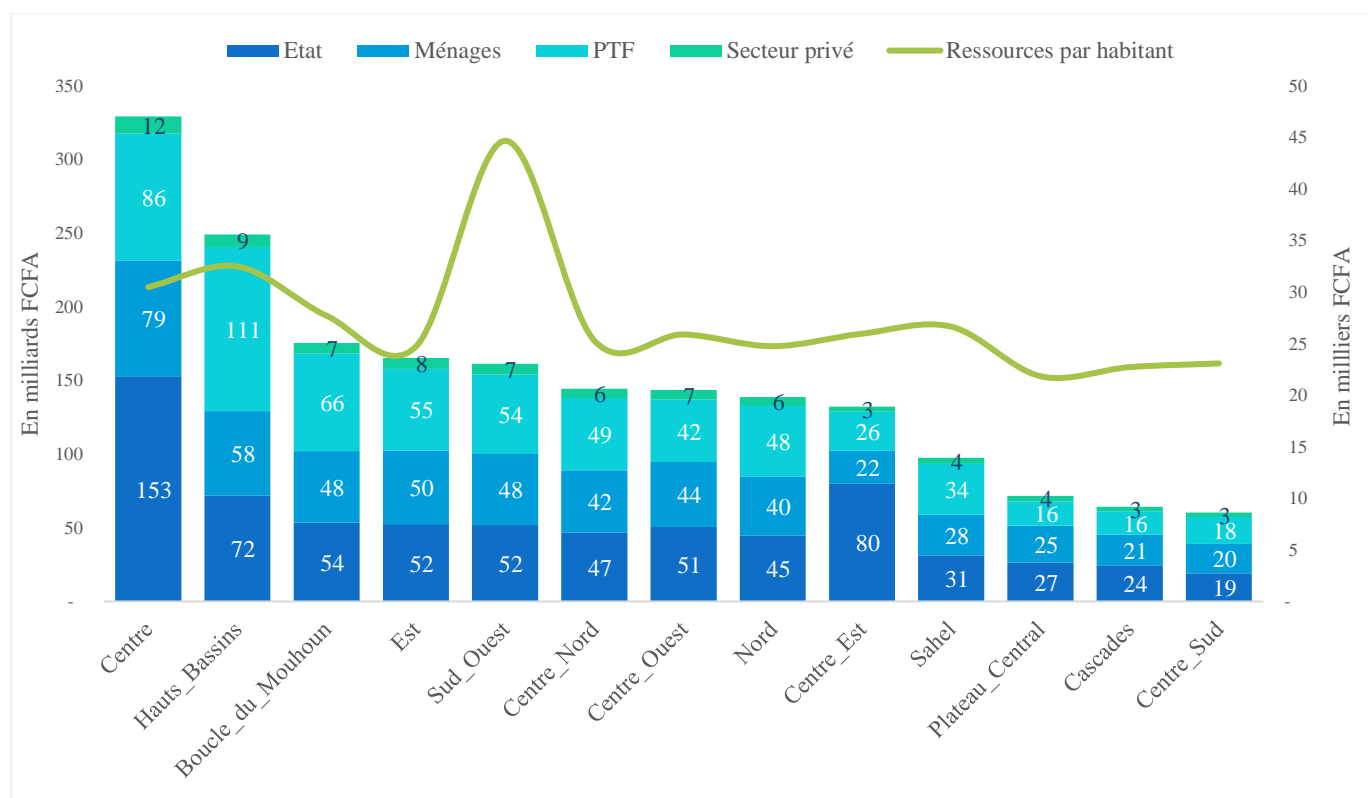


Figure 14 : Répartition régionale des ressources en santé par habitant par an (2023-2025)

Le deuxième niveau d'analyse de la distribution équitable des ressources en santé se plonge au niveau de la population de chaque région afin d'évaluer si les ressources disponibles sont adéquates pour répondre de manière optimale aux besoins de santé de la population respective.

En effet, une allocation de ressources (et, *in fine*, une dépense en santé) de 86 dollars (51 506 FCFA) par habitant par an, est nécessaire pour assurer l'accès à un paquet de services essentiels pour l'ensemble de la population (McIntyre & Meheus, 2014)<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> McIntyre, D. and Meheus, F.: Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services, Centre on Global Health Security Working Group Papers – Finance Working Group; (March 2014).





Dans le cas d'espèce, cette analyse vise à déterminer dans quelle mesure ce standard ou seuil est atteint au niveau régional, et au niveau national au Burkina Faso.

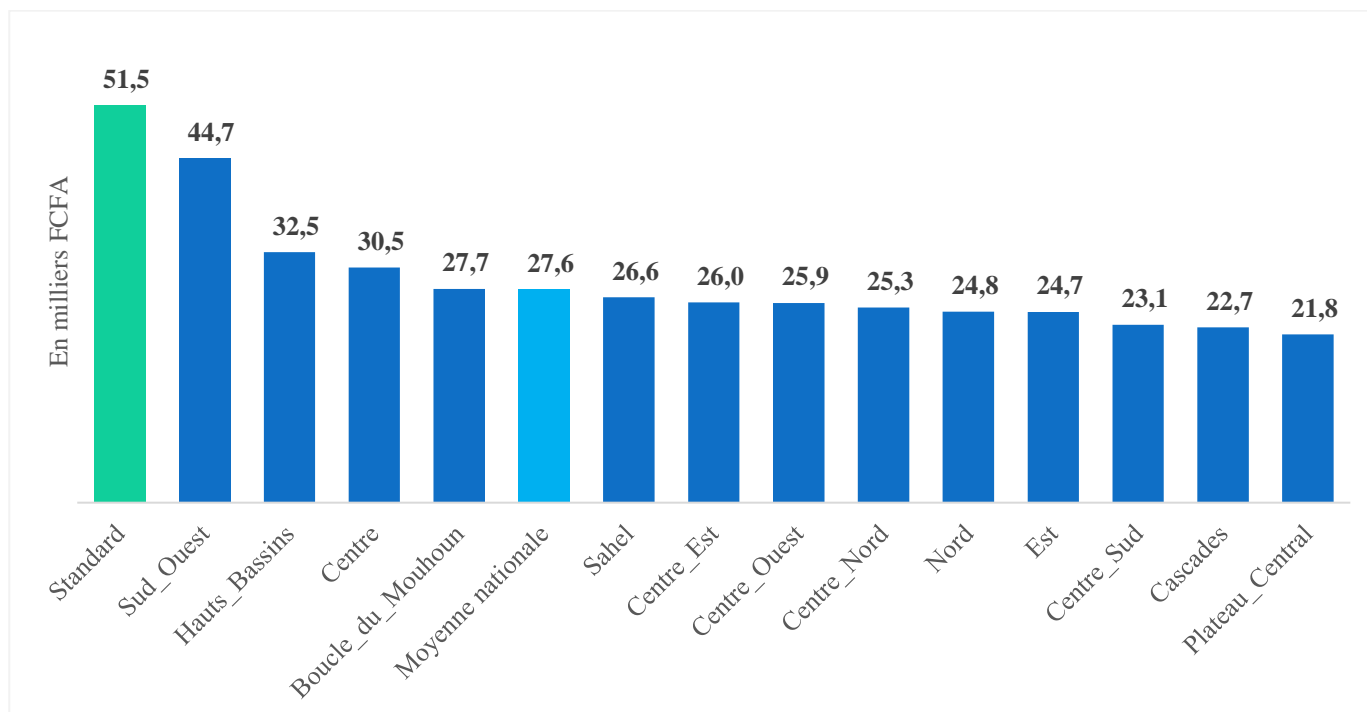


Figure 15 : Répartition régionale des ressources en santé par habitant par an (2023-2025)

Cette analyse met en évidence que, au niveau national, l'allocation de ressources par habitant par an pour la période 2023-2025 demeure en deçà du standard établi, avec seulement 27 643 FCFA alloués comparés à une norme de 51 506 FCFA. Au niveau régional, aucune région ne parvient à atteindre ce standard recommandé. Cependant, il est important de noter que quatre régions se démarquent en allouant des ressources par habitant au-dessus de la moyenne nationale. Ces régions sont le Sud-Ouest (porté notamment par le projet de construction du CHR Gaoua), les Hauts Bassins, le Centre et la Boucle du Mouhoun, dédiant respectivement 44 673 FCFA, 32 486 FCFA, 30 489 FCFA et 27 701 FCFA par habitant par année.

### 3.5. Analyse de la répartition des ressources par domaines et composantes de coûts

Cette approche d'analyse vise à examiner comment les ressources allouées sont réparties entre les 21 domaines spécifiques et prioritaires du système de santé. Elle offre une compréhension approfondie des priorités budgétaires et des disparités dans l'allocation des ressources sur la période 2023-2025. L'examen des 15 composantes de coûts complète cette analyse en identifiant les éléments spécifiques qui absorbent une part significative des ressources.

Une fine compréhension de la ventilation des ressources au niveau des domaines d'intervention et des catégories de coûts, facilite la prise de décision éclairée des décideurs et des parties prenantes en santé, les aidant à ajuster de manière judicieuse l'allocation des fonds pour renforcer les domaines prioritaires et garantir une utilisation optimale des ressources disponibles.



Le graphique présenté ci-dessous offre une visualisation de la distribution des ressources en santé par domaine d'intervention. L'analyse des données révèle que sur la période allant de 2023 à 2025, cinq domaines clés, à savoir les ressources humaines, les infrastructures et équipements, la lutte contre la COVID-19, la protection financière des ménages, et la lutte contre le paludisme, concentrent conjointement 70% des ressources allouées au secteur de la santé par l'Etat et les PTF (~73% des ressources totales). Le premier domaine, les ressources humaines, totalisant 504 milliards de FCFA, accapare le tiers des ressources dont 98% de la part de l'État. Ce domaine représente 55% des allocations budgétaires de l'État, principalement destinées à la rémunération et à la formation continue du personnel de santé. En complément des ressources humaines, les ressources de l'État se dirigent vers quatre autres domaines clés, à savoir les infrastructures et équipements (165 milliards de FCFA, soit 18% des ressources étatiques), la protection financière des ménages (notamment avec le programme de gratuité) avec une allocation de 88 milliards de FCFA (10% des ressources), suivi de la gouvernance et de la coordination (39 milliards de FCFA, soit 4% des ressources). Concernant les PTF, leurs ressources sont majoritairement orientées à hauteur de 68% vers quatre domaines spécifiques : la lutte contre la COVID-19 (130 milliards, soit 19% des ressources), la réalisation d'infrastructures et équipements (118 milliards de FCFA, soit 17% des ressources), la lutte contre le paludisme (88 milliards de FCFA, soit 13% des ressources), la promotion de la Nutrition (82 milliards de FCFA, soit 12% des ressources), et la lutte contre les IST-VIH/SIDA (60 milliards de FCFA, soit 9% des ressources).

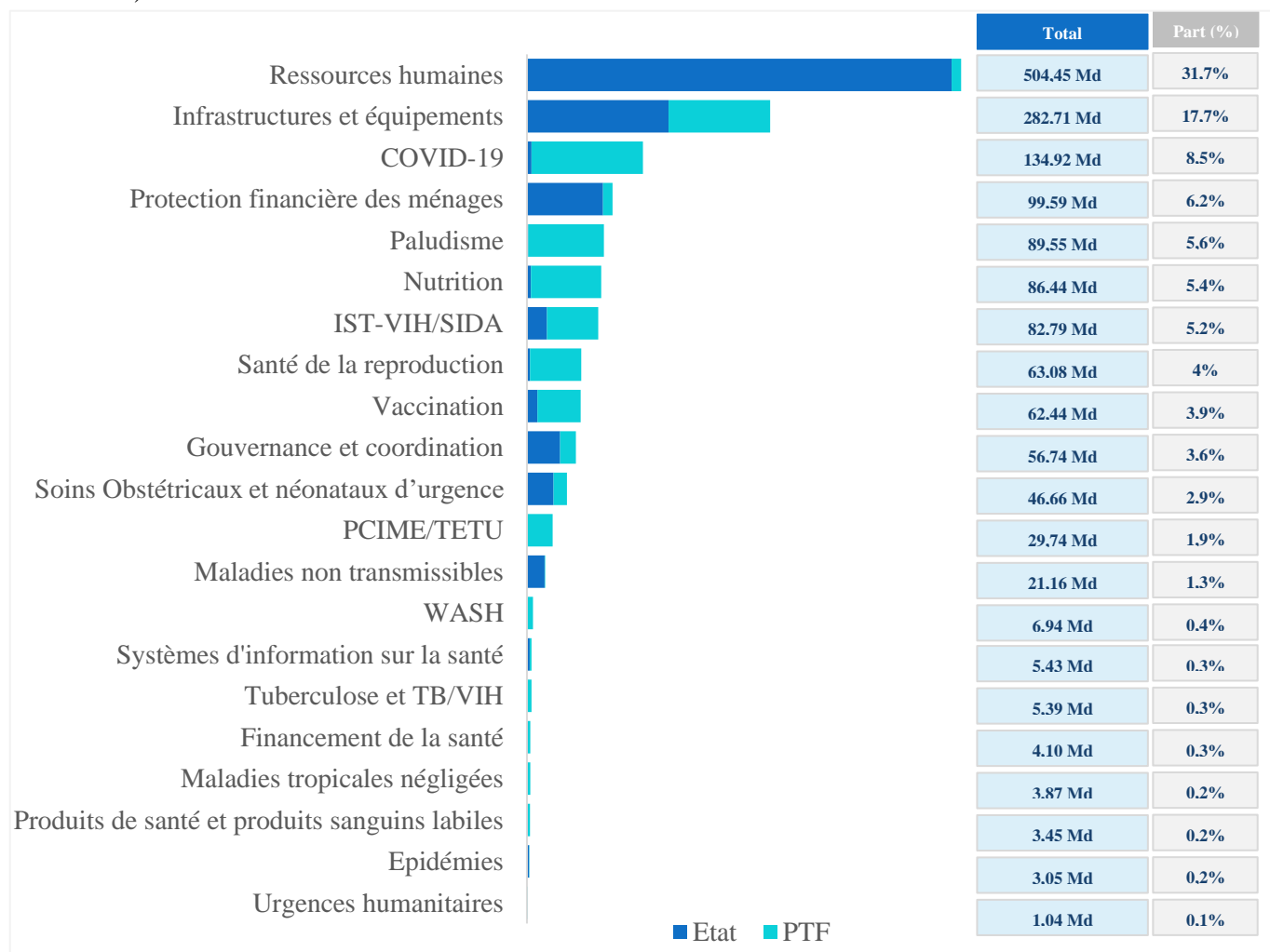


Figure 16 : Répartition des ressources en santé par domaine d'intervention (2023-2025)



L'analyse du tableau de ventilation des ressources en santé par catégorie de coûts révèle l'usage concret qui sera fait des ressources mobilisées pour la période 2023-2025 par l'Etat et les PTF. Globalement, les ressources seront plus orientées vers les ressources humaines, l'achat de médicaments et consommables médicaux, la fourniture de biens et services, l'acquisition et l'installation d'équipements médicaux ainsi que la réalisation d'infrastructures au profit du système de santé du pays. Ces 5 catégories de coûts représentent environ 80% des ressources mobilisées, témoignant la volonté marquée du pays à bâtir un système de santé accessible et de qualité grâce à des ressources humaines et matérielles performantes.

Tableau 5. : Répartition des ressources en santé par catégorie de coûts (2023-2025)

Catégorie de coûts	Etat	PTF	Coût total	Part (%)
<b>Ressources humaines</b>	506 349 399 953	10 744 629 630	517 094 029 583	<b>32,4%</b>
<b>Médicaments et consommables médicaux</b>	131 215 143 850	198 036 117 657	329 251 261 507	<b>20,7%</b>
<b>Biens et services</b>	49 125 673 500	137 445 386 597	186 571 060 097	<b>11,7%</b>
<b>Equipements médicaux</b>	79 170 559 347	35 821 344 988	114 991 904 335	<b>7,2%</b>
<b>Infrastructures</b>	61 227 164 970	48 021 108 748	109 248 273 717	<b>6,9%</b>
<b>Approvisionnement et gestion de la chaîne logistique</b>	15 000 000 000	55 540 820 558	70 540 820 558	<b>4,4%</b>
<b>Gestion du programme et administration</b>	5 118 842 150	52 165 511 685	57 284 353 835	<b>3,6%</b>
<b>Formations</b>	11 409 292 600	37 994 623 531	49 403 916 131	<b>3,1%</b>
<b>Assistance technique</b>	95 000 000	47 780 062 922	47 875 062 922	<b>3,0%</b>
<b>Equipements non médicaux</b>	28 966 646 870	16 296 104 382	45 262 751 252	<b>2,8%</b>
<b>Supervision</b>	212 000 000	37 836 400 359	38 048 400 359	<b>2,4%</b>
<b>Recherche et suivi &amp; évaluation</b>	3 733 964 000	6 024 089 417	9 758 053 417	<b>0,6%</b>
<b>Communication et Média</b>	216 272 000	9 521 887 756	9 738 159 756	<b>0,6%</b>
<b>Conférences et séminaires</b>	697 500 000	3 899 617 978	4 597 117 978	<b>0,3%</b>
<b>Maintenance des infrastructures et des équipements</b>	2 895 274 000	121 352 044	3 016 626 044	<b>0,2%</b>
<b>Autres coûts</b>	-	862 058 012	862 058 012	<b>0,1%</b>
<b>Total</b>	<b>895 432 733 239</b>	<b>698 111 116 264</b>	<b>1 593 543 849 503</b>	<b>100%</b>



## B. Analyse de l'évolution et la répartition des dépenses en santé 2021-2022

L'analyse des ressources en santé est complétée par l'analyse des dépenses en santé qui permet d'évaluer comment les ressources allouées sont effectivement utilisées. Cela apporte de la transparence et un éclairage sur l'efficacité de la transformation des ressources en actions concrètes et sur la pertinence des choix budgétaires finaux effectués. Ensemble, ces analyses fournissent un panorama complet et une vision holistique des flux de ressources financières dans le système de santé, permettant aux décideurs de formuler des politiques éclairées, d'aligner les interventions aux priorités nationales, et d'assurer une gestion efficiente et équitable des ressources contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs fondamentaux tels que l'amélioration de la qualité de l'offre sanitaire, et la couverture sanitaire universelle.

Cette analyse des dépenses en santé au Burkina Faso porte sur la période 2021-2022. Couplée à l'évaluation des taux d'exécution budgétaire, elle transcende le simple suivi des dépenses pour fournir une compréhension profonde des politiques de santé, de la robustesse institutionnelle et de l'efficacité opérationnelle face aux défis sanitaires et financiers du moment.

### 3.6. Evolution globale des dépenses en santé et des taux d'exécution 2021-2022

La période 2021-2022 a été marquée par une augmentation significative des dépenses en santé, avec une croissance notable de 17%, passant de 619 à 726 milliards de FCFA. Cette croissance est portée par une hausse de 14% des allocations budgétaires de la période (passant de 773 à 884 milliards de FCFA).

Par ailleurs, bien que le taux d'exécution budgétaire ait légèrement progressé de 80% à 82%, établissant une moyenne de 81% sur les deux années, il est important de noter la disparité marquée entre les acteurs de financement impliqués. En effet, l'État enregistre le taux d'exécution budgétaire le plus bas, atteignant 62%, contrastant avec les 85% des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et l'hypothèse de 100% pour les ménages et le secteur privé. Au total 34 activités programmées en 2021 et 2022, représentant 37% du volume financier de l'Etat n'ont pas atteint un taux d'exécution de 50%. Parmi lesquelles, 6 activités de 2021 (soit 12% du budget annuel) et 14 activités de 2022 (soit 18% du budget annuel) n'ayant pas été exécutées.

Cette analyse souligne la nécessité d'une gestion budgétaire plus efficace au niveau de l'État, malgré la croissance notable des dépenses en santé, afin de garantir une mise en œuvre optimale des initiatives et interventions de santé.

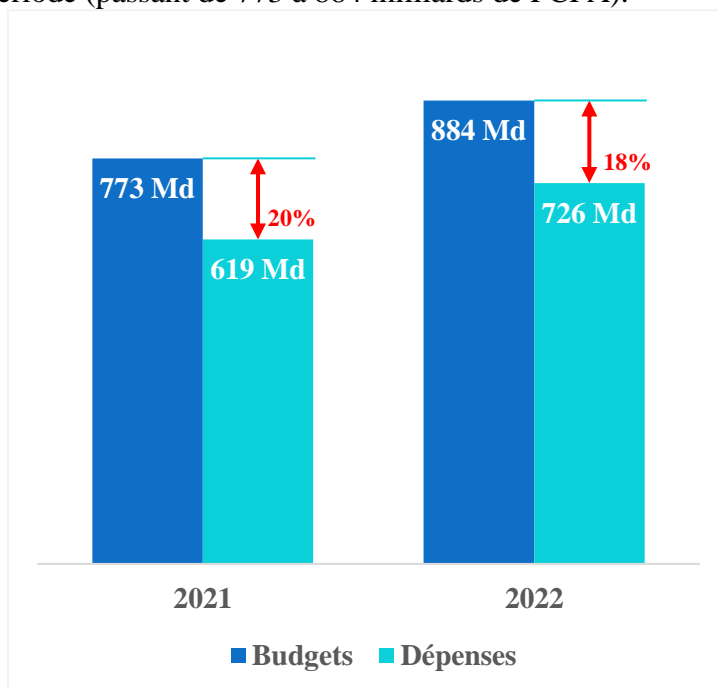


Figure 17 : Evolution des dépenses et des taux de non-exécution budgétaire en santé (2021-2022)

### 3.7. Analyse des dépenses en santé par acteur de financement

Les dépenses en santé présentent des évolutions divergentes en fonction des acteurs de financement. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) enregistrent une forte croissance de 43% entre 2021 et 2022, passant de 180 milliards de FCFA à 258 milliards de FCFA. Les dépenses de l'État suivent cette tendance avec une progression de 23%, passant de 169 milliards à 207 milliards de FCFA. En parallèle, le secteur privé et les ménages réalisent des dépenses en santé de 27,3 milliards de FCFA et 235 milliards de FCFA



en 2022, comparativement à 27,1 milliards de FCFA et 243 milliards de FCFA une année auparavant, représentant une légère hausse de 1% pour le secteur privé et une diminution de 4% pour les ménages. Cette variation s'explique par la mise en place de mécanismes tels que le programme de gratuité de soins et le régime d'assurance maladie universelle. Le graphique ci-dessous illustre ces dépenses en santé par acteur de financement.

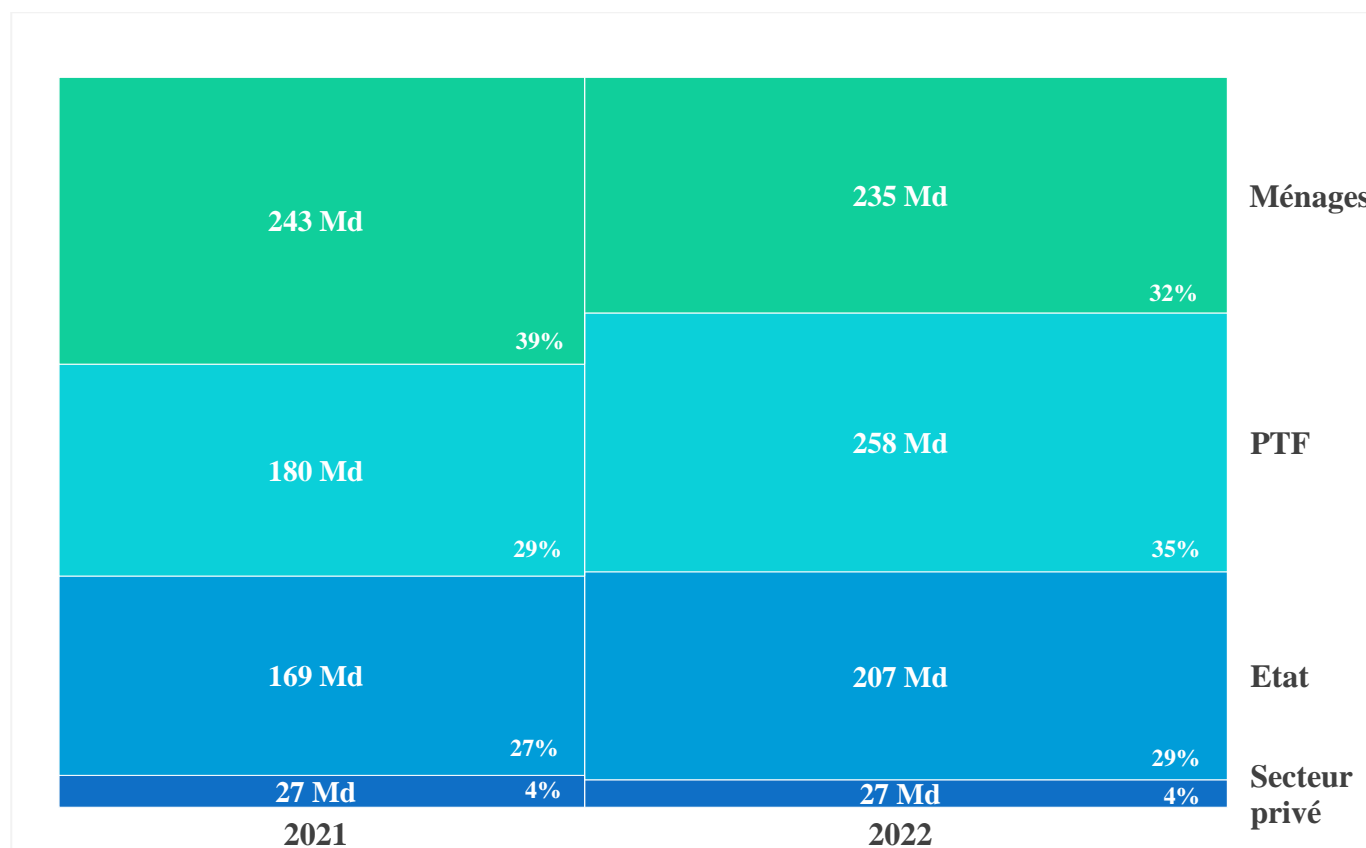


Figure 18 : Répartition des dépenses en santé par acteur de financement (2021-2022)

L'analyse de la répartition des dépenses en santé effectuées par les PTF au Burkina Faso, sur la période 2021-2022 révèle que trois PTF ont concentré plus de la moitié des dépenses en santé des PTF à savoir le Fonds mondial, l'USAID et le PAM. Ces organisations ont réalisé respectivement 100 milliards de FCFA de dépenses en santé (23%), 87 milliards de FCFA (20%) et 34 milliards de FCFA (8%). Les principaux domaines ayant le plus bénéficié des ressources de ces 3 PTF sont respectivement le Paludisme (46%) soulignant l'importance accordée à la lutte contre cette maladie endémique, la Nutrition (17%) qui constitue un pan essentiel

de promotion de la santé des populations notamment dans le contexte actuel de crise sécuritaire et alimentaire, et la COVID-19 (12%) qui a été une priorité sanitaire mondiale.

Cette analyse met en évidence la stratégie ciblée de ces organisations sur des domaines de santé cruciaux, soulignant ainsi leur contribution majeure à la résolution des enjeux sanitaires au Burkina Faso.

Le tableau ci-dessous présente les dépenses en santé des PTF sur la période 2021-2022 et la proportion de la contribution de chaque entité par rapport à la contribution totale des PTF.



Tableau 6. : Répartition des dépenses en santé et taux d'exécution par PTF (2021-2022)

Partenaires Techniques et Financiers (PTF)	Dépenses en santé 2021-2022	Taux d'exécution budgétaire (%)	Contribution (%)
<b>Fonds mondial</b>	100 167 774 999	<b>86%</b>	<b>22,91%</b>
<b>USAID</b>	86 563 694 719	<b>85%</b>	<b>19,80%</b>
<b>PAM</b>	34 037 843 206	<b>100%</b>	<b>7,79%</b>
<b>UNICEF</b>	33 233 290 658	<b>62%</b>	<b>7,60%</b>
<b>BMGF</b>	31 708 331 981	<b>98%</b>	<b>7,25%</b>
<b>Institutions de l'UE</b>	26 722 417 610	<b>99%</b>	<b>6,11%</b>
<b>Banque mondiale</b>	18 687 669 490	<b>58%</b>	<b>4,27%</b>
<b>France</b>	16 878 243 642	<b>92%</b>	<b>3,86%</b>
<b>Famille Royale_Emirats Arabes Unis</b>	12 397 586 000	<b>100%</b>	<b>2,84%</b>
<b>UNFPA</b>	11 842 088 463	<b>88%</b>	<b>2,71%</b>
<b>Chine</b>	11 096 921 550	<b>100%</b>	<b>2,54%</b>
<b>Canada</b>	10 602 546 063	<b>103%</b>	<b>2,43%</b>
<b>Pays-Bas</b>	10 554 168 409	<b>80%</b>	<b>2,41%</b>
<b>Gavi</b>	9 304 489 131	<b>100%</b>	<b>2,13%</b>
<b>L.A.D</b>	6 324 282 629	<b>99%</b>	<b>1,45%</b>
<b>BADEA</b>	3 299 490 859	<b>66%</b>	<b>0,75%</b>
<b>Enabel</b>	2 758 759 507	<b>78%</b>	<b>0,63%</b>
<b>Italie</b>	2 614 995 009	<b>78%</b>	<b>0,60%</b>
<b>BID</b>	2 437 631 293	<b>100%</b>	<b>0,56%</b>
<b>Autriche</b>	2 069 091 127	<b>100%</b>	<b>0,47%</b>
<b>Autres*</b>	1 580 000 622	<b>36%</b>	<b>0,36%</b>
<b>Suède</b>	1 314 421 694	<b>100%</b>	<b>0,30%</b>
<b>ONUSIDA</b>	953 681 721	<b>100%</b>	<b>0,22%</b>
<b>Total</b>	<b>437 149 420 381</b>	<b>85%</b>	<b>100,0%</b>

L'analyse du tableau ci-dessus montre qu'à la suite des trois (3) PTF concentrant la moitié des dépenses des PTF en santé, quatre (4) autres acteurs s'illustrent avec le quart des dépenses des PTF à savoir : l'UNICEF, BMGF, les Institutions de l'Union européenne et la Banque mondiale. Ces sept (7) acteur au total concentrent 75% des dépenses en santé des PTF soit 25% des dépenses totales en santé sur la période 2021-2022. Les principaux domaines prioritaires financés par ces PTF restent le Paludisme (32%), la Nutrition (19%) et la COVID-19 (12%) suivis de la Santé de la reproduction (8%) et du VIH/SIDA et IST (5%).



### 3.8. Analyse des dépenses en santé par programme budgétaire, et articulation du PNDS

L'analyse des dépenses en santé par programme budgétaire et par articulation (orientation stratégique et axe d'intervention) du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030, revêt d'une importance capitale en ce sens qu'elle permet d'appréhender et d'évaluer la cohérence des financements réalisés dans le système de santé par rapport aux priorités nationales consignées dans ce référentiel stratégique. Les éléments d'analyse ci-dessous pourraient servir d'outil et de levier pour une utilisation judicieuse des ressources, une allocation efficiente des fonds, et une progression cohérente vers les aspirations nationales en matière de santé.

#### 3.8.1. Dépenses en santé par programme budgétaire du MSHP

Sur la période 2021-2022, une analyse approfondie des dépenses en santé révèle que le programme budgétaire « offre de soins » a absorbé plus de la moitié des financements dédiés à la santé, totalisant 702 milliards de FCFA. Cette allocation financière s'est répartie principalement entre les ménages (41%), les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) (27%), et l'État (24%). Les domaines prioritaires bénéficiaires de ces dépenses comprennent la protection financière des ménages, le renforcement des ressources humaines, ainsi que la mise en place d'infrastructures et d'équipements. En parallèle, le programme « santé publique » a concentré un quart des dépenses en santé au cours de la même période, principalement financé par l'État (64,2%) et les PTF (35,5%), avec une contribution marginale du secteur privé (0,2%). Le programme budgétaire « Accès aux produits de santé », bénéficiant de 237 milliards de FCFA, présente une dynamique distincte, où 80% des dépenses proviennent des ménages, tandis que l'État et les PTF complètent le financement avec respectivement 14% et 6%. En revanche, le programme « pilotage et soutien aux services de la Santé » se distingue par une attribution de ressources financières relativement faible, ne représentant que 5% des dépenses totales de la période, soit 64 milliards de FCFA. Les financements, principalement apportés par l'État (81%), ont été largement orientés (68%) vers le domaine de la gouvernance et de la coordination des interventions en santé. Cette analyse met en lumière des tendances significatives dans la répartition des ressources, soulignant l'importance accordée à certains programmes budgétaires tout en identifiant les secteurs nécessitant une attention accrue pour optimiser l'efficacité des dépenses en santé.

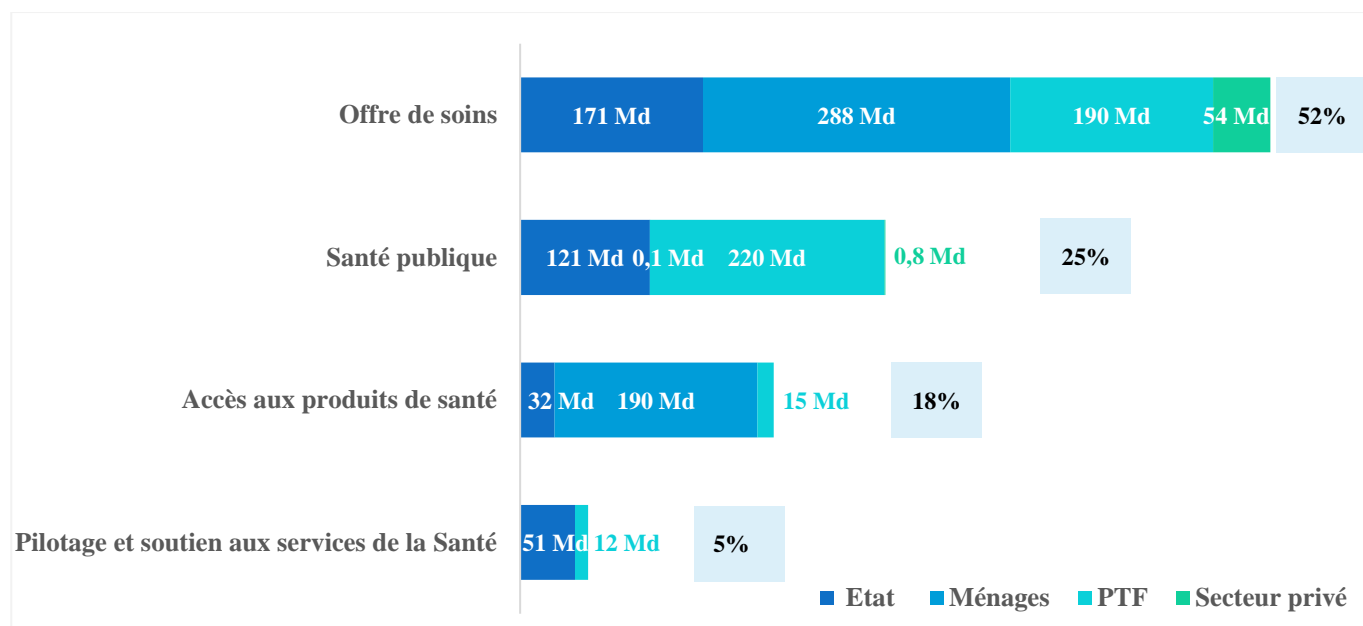


Figure 19 : Répartition des dépenses en santé par programme budgétaire du MSHP (2021-2022)

### 3.8.2. Dépenses en santé par orientation stratégique et axe d'intervention du PNDS 2021-2030

L'analyse des dépenses en santé selon les orientations stratégiques (OS) et les axes d'intervention (AI) du PNDS 2021-2030 offre une vision pragmatique et approfondie de l'arrimage des interventions en santé effectivement réalisées par rapport aux priorités nationales définies dans le PNDS 2021-2030.

Les graphiques ci-dessous présentent la répartition des dépenses réalisées en 2021 et 2022 par orientation stratégique et pour le top 10 des axes d'intervention (concentrant 80% des dépenses en santé réparties à savoir celles de l'Etat et des PTF<sup>9</sup>).

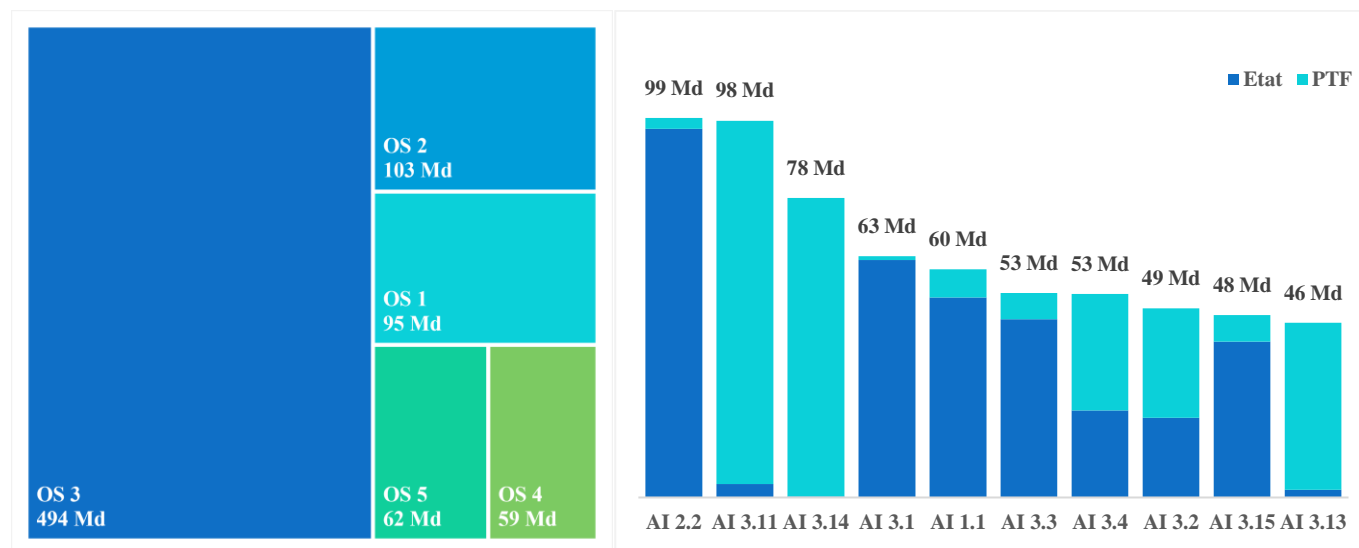


Figure 20 : Répartition des dépenses en santé par orientation stratégique (OS) et pour le top 10 axes d'intervention (AI) du PNDS 2021-2030 (2021-2022)

L'analyse de ces résultats montre une prédominance de l'OS 3 dans les dépenses en santé de la période 2021-2022. En effet, cette orientation stratégique intitulée : « *Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)* » a enregistré 61% des dépenses réparties soit 494 milliards de FCFA. Elle est suivie de l'OS 2 : « *Développement des ressources humaines pour la santé* », de l'OS 1 : « *Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre* », ensuite de l'OS 5 : « *Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires* » et enfin de l'OS 4 : « *Adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et*

*à l'accélération de la transition démographique* ». Ces orientations stratégiques ont concerné respectivement 13%, 12%, 8% et 7% des dépenses en santé.

L'analyse portant sur les axes d'interventions (AI), montre que sur les 32 AI au total, 10 AI concentrent 80% des dépenses effectuées par l'Etat et les PTF (soit 648 milliards de FCFA). Ces deux acteurs contribuent en moyenne respectivement à 54% et 46% aux dépenses de ces 10 AI. Dans le détail, à titre illustratif, l'AI 2 de l'OS 2, intitulé : « *Renforcement de la disponibilité et de la qualité de la gestion des ressources humaines* » financé à 97% par l'Etat, constitue l'AI le plus financé. Suivi de l'AI 11 de l'OS 3, intitulé : « *Amélioration de la disponibilité et l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées* », financé à 96% par les PTF.

<sup>9</sup> Les dépenses en santé des ménages et du secteur privé ne sont pas désagrégées par OS et AI du PNDS 2021-2030

### 3.9. Analyse des dépenses en santé par domaine et catégorie de coûts

Les dépenses en santé réalisées par l'Etat et les PTF sur la période 2021-2022 ont bénéficié à divers domaines d'intervention et à différentes catégories de coûts. L'analyse des dépenses en santé sous ces deux angles revêt d'une double importance. Elle permet d'une part de détecter les domaines ayant le plus bénéficié des ressources de chaque acteur par rapport aux priorités nationales ; et d'autre part de savoir si les types de dépenses réalisées (catégorie de coûts) permettent d'atteindre les objectifs escomptés en vue de l'amélioration de l'état de santé de la population.

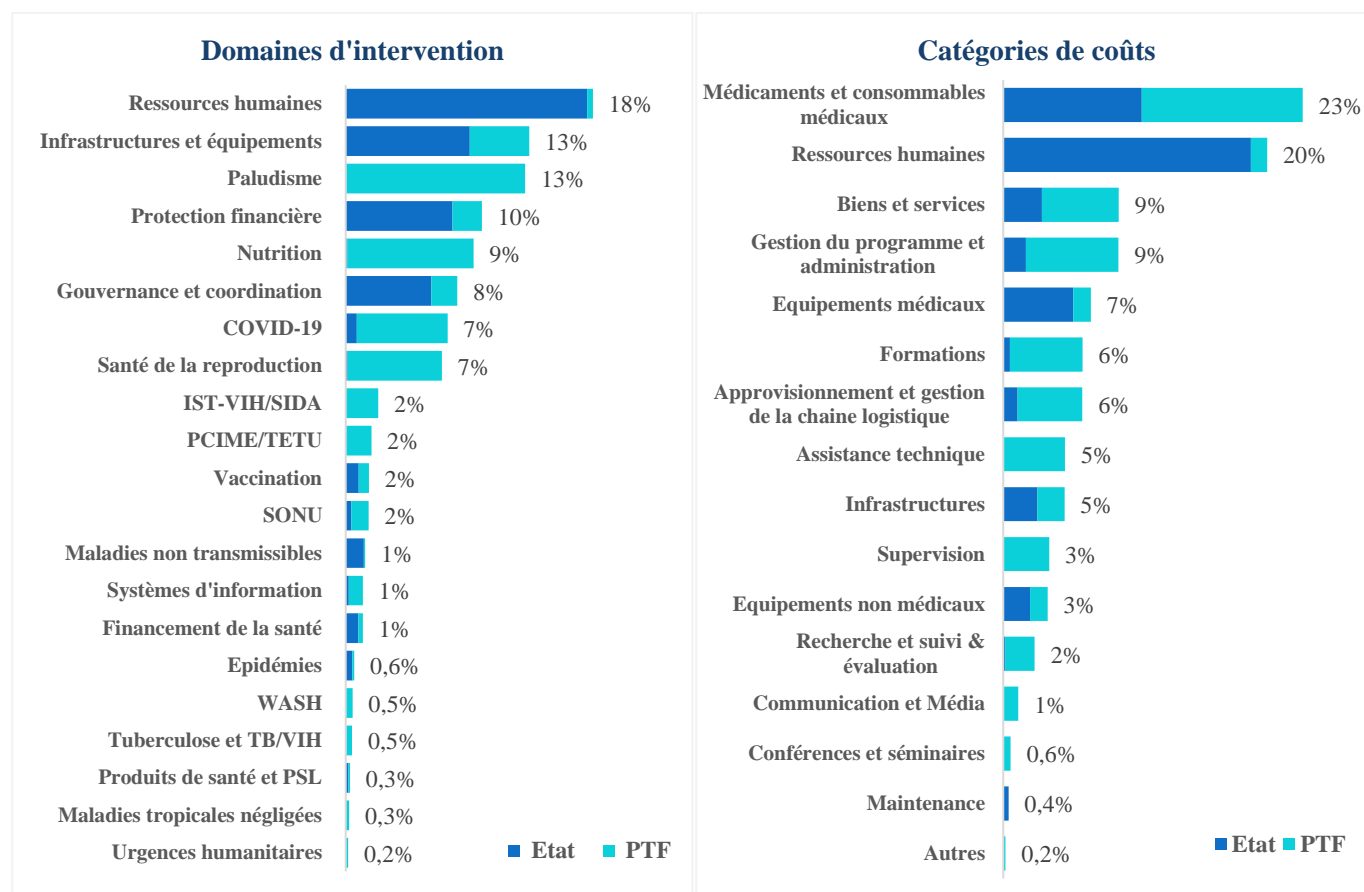


Figure 21 : Répartition des dépenses en santé par domaine et catégorie de coûts (2021-2022)

Les dépenses en santé des deux dernières années ont été principalement orientées vers huit (8) des 21 domaines de prédilection. Ils concentrent 700 milliards de FCFA (soit 86% des dépenses de l'Etat et des PTF). Il s'agit des ressources humaines en santé, des infrastructures et équipements, de la protection financière des ménages, et de la gouvernance et coordination principalement financés par l'Etat. Et de la lutte contre le paludisme, de la nutrition, de la COVID-19 et de la Santé de la reproduction principalement financés par les PTF. A titre d'exemple le paludisme a été principalement financé par le Fonds mondial (71%) et l'USAID (24%). Le financement de la nutrition a principalement été porté par le PAM (40%) et l'UNICEF (24%).

Huit (8) principales catégories de coûts sur 15 concentrent 84% des dépenses de l'Etat et des PTF avec plus de 681 milliards de FCFA. L'achat des médicaments et consommables médicaux concentre près du quart des dépenses en santé sur les deux années avec 285 milliards de FCFA composé de 46% de dépenses étatiques et de 54% de dépenses des PTF, principalement le Fonds mondial (66% des financement des PTF).

### 3.10. Analyse des dépenses en santé par zone géographique et niveau administratif

La répartition des dépenses en santé par zone géographique donne une visibilité de l'équité dans les dépenses en santé effectuées au cours des deux dernières années dans le système de santé.

La figure ci-dessous montre globalement que les dépenses annuelles de santé par habitant sont inférieures au standard de 86 dollars (51 506 FCFA)<sup>10</sup> même si quelques régions se démarquent de la moyenne nationale (Hauts-Bassins, Centre, Boucle du Mouhoun et Sahel). Des efforts devraient alors être consenties afin d'améliorer la disponibilité de ressources financières au profit de l'amélioration de qualité des soins de santé au Burkina Faso et dans chacune des régions du pays.

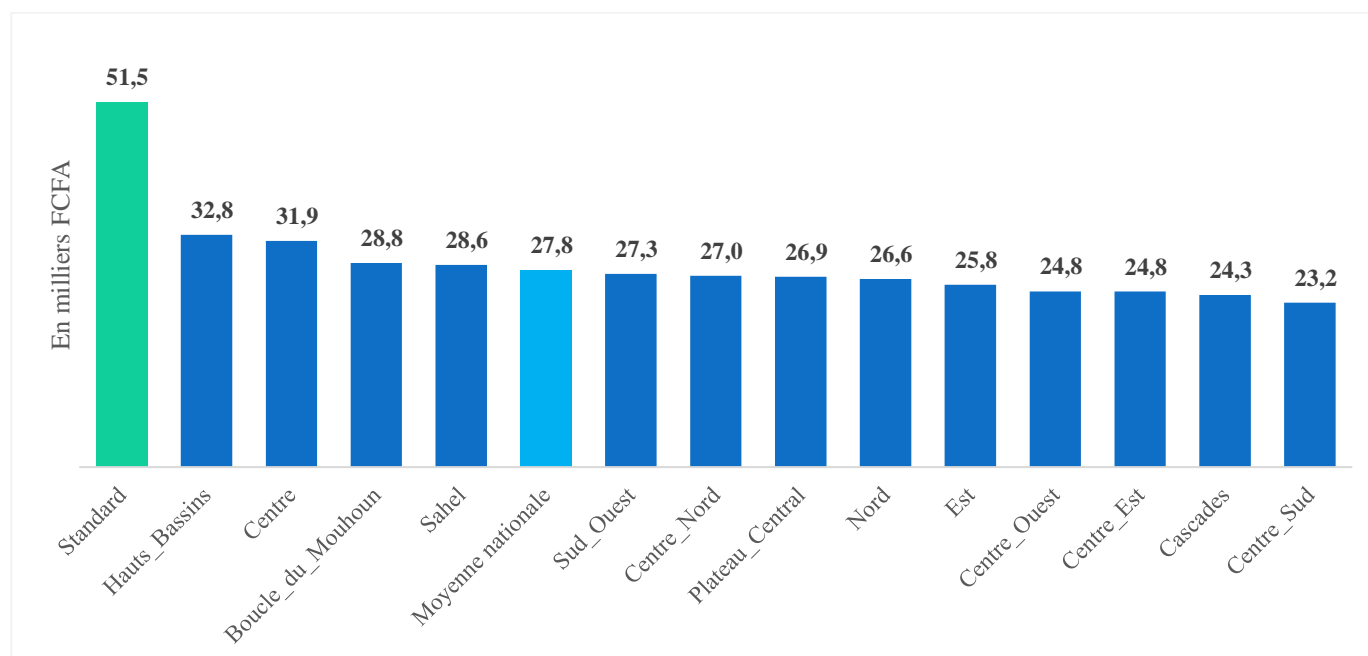


Figure 22 : Répartition des dépenses annuelles en santé par région par habitant (2021-2022)

La répartition des dépenses en santé par niveau administratif montre une concentration des ressources financières au niveau opérationnel (districts sanitaires) du système de santé au cours des deux dernières années avec plus de 820 milliards de FCFA consacrés à ce niveau soit plus de 61% des dépenses en santé 2021-2022. Cela témoigne des efforts entrepris par l'ensemble des parties prenantes du secteur de la santé dans l'amélioration de l'accessibilité des soins de santé aux populations. Quant aux dépenses réalisées au niveau régional et central, elles concourent au renforcement des prestations de santé au niveau hospitalier et au fonctionnement optimal des directions en charge de la coordination des politiques sanitaires au niveau régional et national.

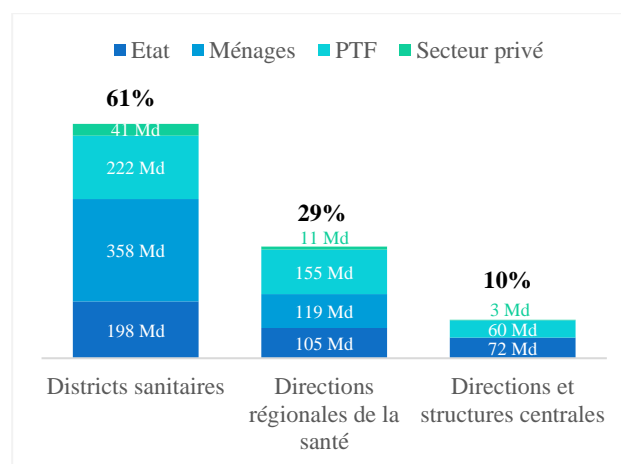


Figure 23 : Répartition des dépenses en santé par niveau administratif (2021-2022)

<sup>10</sup> McIntyre, D. and Meheus, F.: Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services, Centre on Global Health Security Working Group Papers – Finance Working Group; (March 2014).

## C. Analyse des gaps de financement de la SNDS 2021-2025 et du PATG 2023-2025

L'analyse de gaps constitue une composante fondamentale de l'exercice de cartographie dynamique des ressources du PNDS 2021-2030. En effet, elle permet de mesurer le niveau de mobilisation de ressources financières pour la mise en œuvre des priorités et actions inscrites dans le PNDS 2021-2030. Elle offre des indications précieuses pour une allocation plus efficace des ressources, maximisant ainsi l'impact des interventions et, le cas échéant, elle facilite l'engagement de plaidoyers pour la mobilisation de financements supplémentaires. Dans le cadre de la présente analyse de gaps, deux référentiels découlant du PNDS 2021-2030 sont utilisés : la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) 2021-2025 et le Plan d'Action Triennal Glissant (PATG) 2023-2025.

### 3.11. Gap de financement global de la SNDS 2021-2025 et du PATG 2023-2025

Globalement les deux référentiels (SNDS 2021-2025 et PATG 2023-2025) bénéficient de ressources conséquentes pour leur mise en œuvre comme le montre le graphique ci-dessous. En effet, les engagements budgétaires sur la période 2021-2025 permettent de couvrir 98% du coût de la SNDS 2021-2025 qui s'élève à près de 4 000 milliards de FCFA. Quant au PATG 2023-2025, il bénéficie de financements couvrant 98% des besoins exprimés (près de 2 400 milliards de FCFA).

Tenant compte de ces indications, les efforts des décideurs devraient se focaliser sur le suivi de la réalisation effective des différents engagements budgétaires et accessoirement sur la mobilisation de ressources supplémentaires pour parvenir au financement total des actions et priorités définies dans ces deux référentiels, traçant ainsi la voie de la réussite de la mise en œuvre effective du PNDS 2021-2030.



Figure 24 : Gaps de financement de la SNDS 2021-2025 et du PATG 2023-2025 (en FCFA)

Par ailleurs, bien que les écarts de financement dans leur ensemble soient relativement modérés, il est essentiel de compléter et approfondir l'analyse en examinant les écarts selon les années, les programmes budgétaires, les articulations du PNDS 2021-2030. Cette approche permet d'avoir une vision plus précise de l'état de mobilisation des ressources financières, favorisant ainsi une prise de décision éclairée et des ajustements stratégiques appropriés pour garantir la pleine réalisation des objectifs du PNDS 2021-2030.

### 3.12. Evolution annuelle du gap de financement global sur la période 2021-2025

L'évolution des écarts de financement de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) entre 2021 et 2025 révèle des tendances fluctuantes d'une année à l'autre comme l'illustre le graphique ci-dessous. Les variations sont significatives, avec des écarts positifs enregistrés pour les années 2021 (96 milliards de FCFA soit +14%), 2022 (11 milliards de FCFA soit +1%) et 2024 (69 milliards de FCFA soit +10%). En revanche, les années 2023 et 2025 présentent une tout autre dynamique, marquée par des écarts négatifs de 67 milliards de FCFA et 199 milliards de FCFA soit respectivement -7% et -25%.

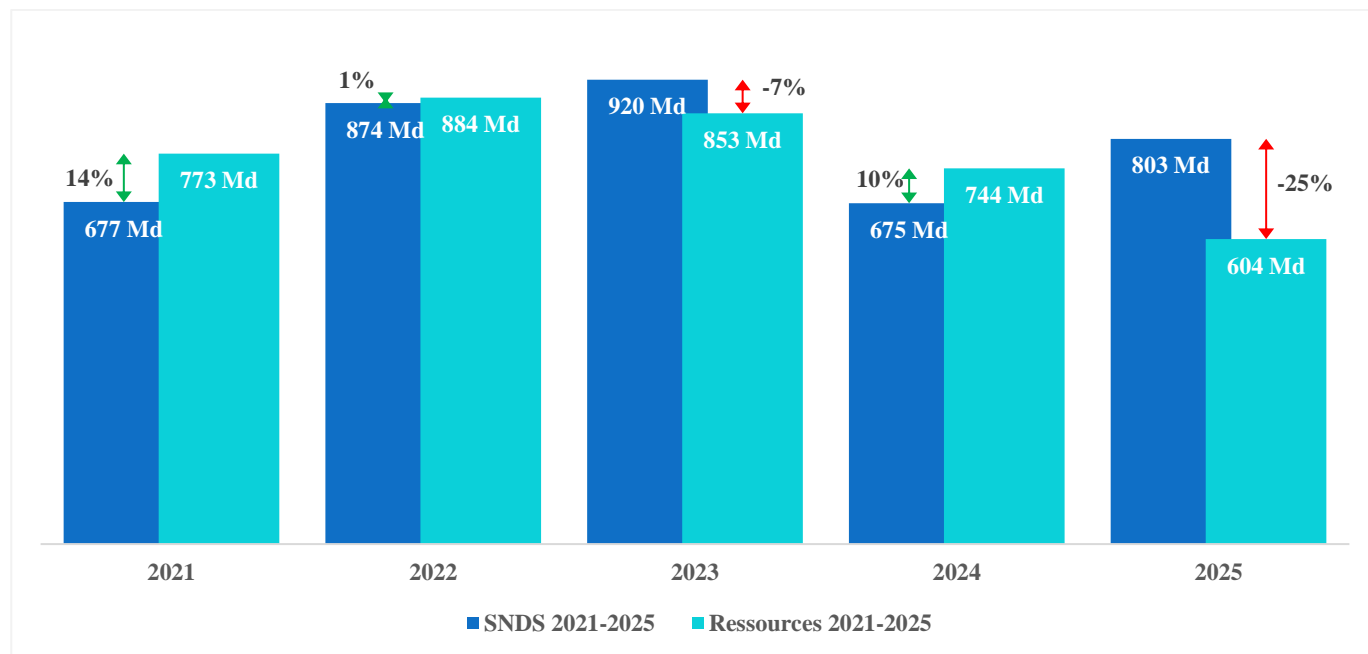


Figure 25 : Gaps de financement annuel de la SNDS 2021-2025

Cette analyse met en lumière des fluctuations importantes dans le financement de la SNDS au fil des années, nécessitant une attention particulière pour comprendre les facteurs sous-jacents à ces variations et adapter les stratégies financières en conséquence.

### 3.13. Analyse critique des gaps de financement de la SNDS et du PATG

Le plan quinquennal SNDS 2021-2025 et le PATG 2023-2025 ont été budgétisés selon divers paramètres ou critères notamment la budgétisation par programme budgétaire, par orientation stratégique, par niveau de soins, et par région.

De manière synthétique, le tableau ci-dessous présente le niveau de mobilisation ou d'allocation de ressources par rapport aux critères mentionnés ci-haut.

Succinctement, plusieurs écarts de financement à la fois positifs et négatifs sont identifiés pour les différents critères justifiant la nécessité de poursuivre les efforts de mobilisation et de réallocation de ressources financière à court, moyen et long terme pour plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs définis dans les différents référentiels et pour garantir in fine un renforcement qualitatif du système de santé national au profit des populations. A titre illustratif, les ressources du niveau régional en surplus pour la SNDS et le PATG, devraient pouvoir remonter au niveau central pour réduire le gap de financement de ce niveau.



Tableau 7. : Synthèse des gaps de financement de la SNDS et du PATG par critère

Critères d'analyse		Gap SNDS 2021-2025				Gap PATG 2023-2025			
		Costing	Ressources	Gap		Costing	Ressources	Gap	
Gap par Programme budgétaire	P 055	2134 Md	2091 Md	-44 Md	-2%	1340 Md	1248 Md	-92 Md	-7%
	P 056	1036 Md	974 Md	-63 Md	-6%	567 Md	501 Md	-66 Md	-12%
	P 146	557 Md	585 Md	29 Md	5%	351 Md	342 Md	-8 Md	-2%
	P 057	222 Md	209 Md	-12 Md	-6%	140 Md	110 Md	-30 Md	-21%
Gap par Orientation stratégique <sup>11</sup>	OS 1	157 Md	185 Md	28 Md	18%	99 Md	88 Md	-12 Md	-12%
	OS 2	798 Md	610 Md	-187 Md	-23%	512 Md	410 Md	-103 Md	-20%
	OS 3	2390 Md	1543 Md	-848 Md	-35%	1494 Md	866 Md	-628 Md	-42%
	OS 4	170 Md	132 Md	-38 Md	-22%	106 Md	64 Md	-43 Md	-40%
	OS 5	434 Md	249 Md	-186 Md	-43%	186 Md	167 Md	-19 Md	-10%
Gap par Niveau administratif	District	2257 Md	2408 Md	151 Md	7%	1371 Md	1370 Md	-1 Md	0%
	Régional	682 Md	1031 Md	350 Md	51%	414 Md	569 Md	155 Md	37%
	Central	1010 Md	419 Md	-591 Md	-58%	613 Md	264 Md	-350 Md	-57%

Au niveau régional, des efforts de mobilisation et de réallocation des ressources sont également nécessaire d'autant plus que seule la région du centre réalise un gap positif de 37 milliards de FCFA soit +7% du *costing* SNDS de la région pour la période 2021-2025. Tandis que des régions telles que la région de l'Est, du Centre-Ouest, du Nord, et du Sahel réalisent des déficits de financement conséquents soit respectivement 84 milliards de FCFA, 73 milliards de FCFA, 68 milliards de FCFA et 66 milliards de FCFA. Le Plateau-central ne parvient à mobiliser que deux tiers du budget sur ladite période.

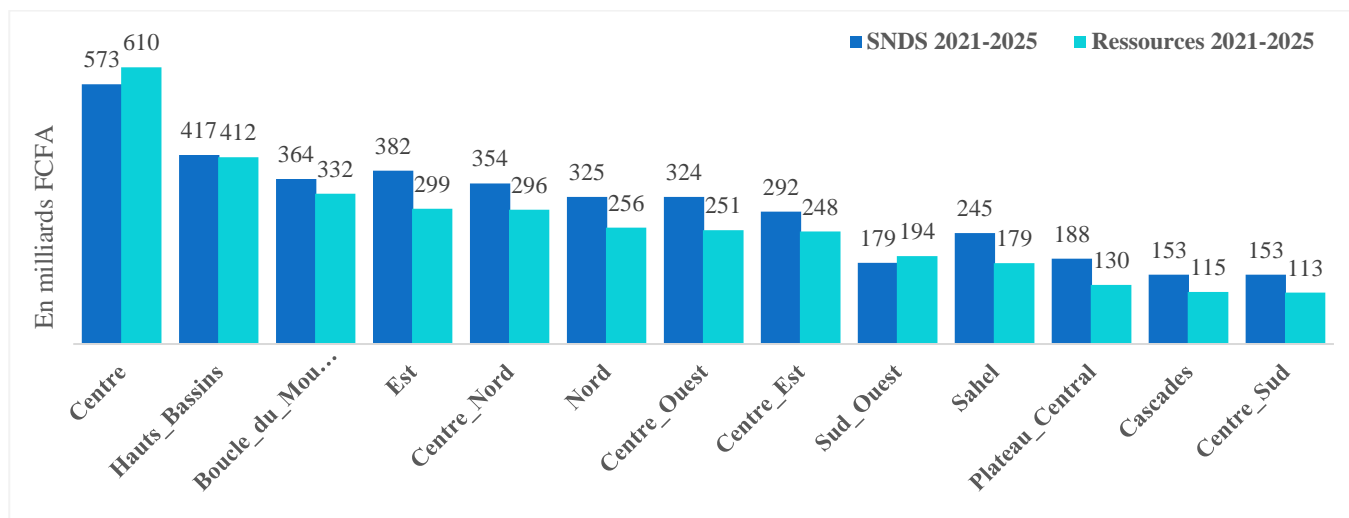


Figure 26 : Gaps de financement de la SNDS 2021-2025 par région

<sup>11</sup> Contrairement aux autres critères, les gaps par OS concernent uniquement les ressources allouées par l'Etat et les PTF

### 3.14. Gap de financement par domaine prioritaire sur la période 2021-2025

Des écarts de financement sont relevés pour l'ensemble des domaines d'intervention prioritaires en comparant les ressources que leur allouent les différents acteurs sur la période 2021-2025 au budget de chaque domaine dans le PNDS et/ou dans leurs plans stratégiques spécifiques.

En valeur absolue, le renforcement du système de santé, la vaccination et la nutrition enregistrent les plus importants gaps de financement respectivement 846 milliards de FCFA, 395 milliards de FCFA, et 270 milliards de FCFA comme le présente le tableau ci-dessous.

Tableau 8. : Gaps de financement des domaines prioritaires 2021-2025

Domaines d'intervention prioritaires	Costing PNDS/PS	Ressources (PTF & Etat)	Gap	Gap (%)
Maladies non transmissibles	37 Md	33 Md	-3 Md	-9,1%
VIH/SIDA	129 Md	106 Md	-23 Md	-17,5%
COVID-19	275 Md	215 Md	-60 Md	-21,7%
SR/PCIME-TETU/SONU	393 Md	253 Md	-139 Md	-35,5%
Renforcement du système de santé	2278 Md	1432 Md	-846 Md	-37,1%
Paludisme	485 Md	202 Md	-284 Md	-58,5%
Protection financière des ménages	440 Md	181 Md	-260 Md	-59,0%
Nutrition	446 Md	176 Md	-270 Md	-60,5%
Tuberculose	26 Md	10 Md	-16 Md	-60,1%
Vaccination	473 Md	78 Md	-395 Md	-83,4%
WASH	107 Md	14 Md	-93 Md	-87,3%
Maladies tropicales négligées	85 Md	6 Md	-79 Md	-93,0%
<b>Total</b>	<b>5 175 Md</b>	<b>2 707 Md</b>	<b>-2 467 Md</b>	<b>-47,7%</b>

Cependant, en termes de pourcentage de mobilisation des ressources financières les différents domaines d'intervention prioritaires, il ressort des analyses, que les maladies non transmissibles, le VIH/SIDA, la COVID-19 réussissent à mobiliser plus de 75% de ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de leurs actions stratégiques.

Toutefois, des domaines tels que les maladies tropicales négligées, et le WASH et la vaccination, peinent à atteindre 20% de ressources mobilisées.

Globalement ces gaps relevés suggèrent un renforcement des mécanismes d'allocation et de mobilisation de ressources pour assurer un financement adéquat à l'ensemble des domaines prioritaires du système national de santé.

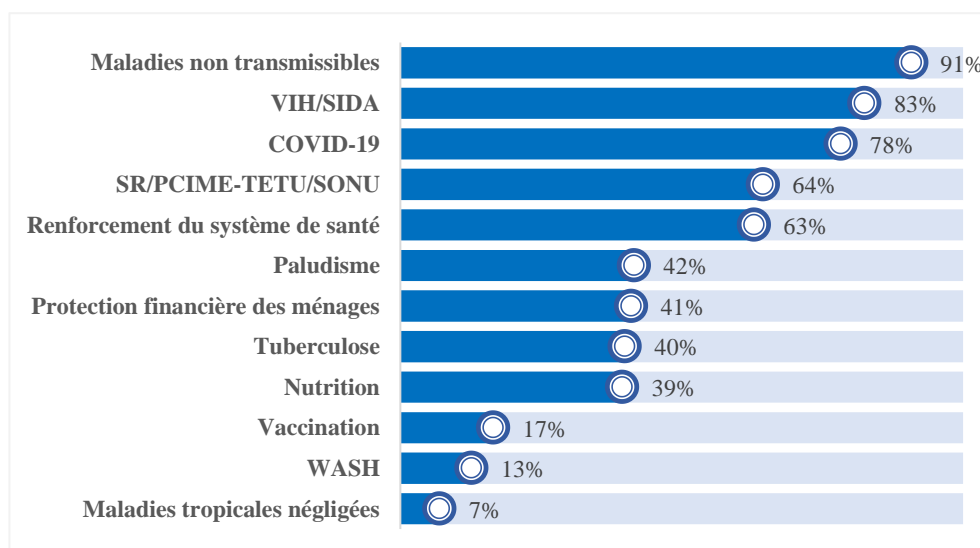


Figure 27 : Taux de mobilisation de ressources pour le financement des domaines prioritaires (2021-2025)

## D. Analyses des domaines d'intérêt prioritaires du système national de santé

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 a identifié plusieurs domaines de santé comme étant prioritaires pour le système de santé du Burkina Faso. Ainsi, dans le cadre de l'exercice de cartographie dynamique des ressources en santé, il s'avère crucial de mettre en lumière ces domaines, répondant ainsi à deux enjeux majeurs. Premièrement, cette démarche permet d'analyser le niveau d'allocation des ressources et d'identifier les domaines spécifiques qui requièrent une attention accrue. Deuxièmement, elle favorise la coordination des efforts et interventions entre les parties prenantes du secteur de la santé, en vue d'adresser de manière synergique et efficiente les défis auxquels est confronté le secteur de la santé du Burkina Faso.

### 3.15. Analyse sur les Soins de Santé Primaires (SSP)

Les Soins de Santé Primaires (SSP) constituent le socle de la marche vers la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso. D'où l'adhésion du pays à plusieurs engagements internationaux<sup>12</sup> sur le sujet, la conduite de réformes audacieuses dans le domaine et plus récemment, en 2022, l'élaboration du plan d'investissement pour le renforcement des soins de santé primaires 2023-2027 dont l'objectif est : « *atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 en se fondant sur des soins santé primaires de qualité, équitables et résilients à travers une mobilisation suffisante de ressources* ». Dans le cadre de cet exercice de cartographie des ressources, quelques analyses portant sur ce pan essentiel du système national de santé sont réalisées. Capitalisant sur les référentiels internationaux en la matière et les adaptant au contexte national, le Burkina Faso définit les SSP comme « *l'ensemble des soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs, accessibles, administrés dans la communauté ou dans les structures de santé du premier niveau (PSC, CSPS/CM, CMA), y compris des interventions intégrées des secteurs qui contribuent à améliorer la santé des populations, le tout guidé par un fort engagement communautaire.* »

Il s'agit donc de réaliser une analyse fine des interventions en santé, opérées au niveau des districts sanitaires. Ces ressources augmentent au fil des années et représentent annuellement plus de 60% des ressources totales allouées au secteur de la santé soit 602 milliards de FCFA en moyenne par année. Sur le quinquennat 2021-2025, les analyses révèlent une contribution étatique aux SSP s'élevant en moyenne à 168 milliards de FCFA soit 35% des ressources totales dédiées aux SSP. Cela témoigne de l'engagement de l'Etat, au premier plan pour le renforcement des SSP du pays, en réponse aux différents engagements souscrits. Les ménages constituent la deuxième source avec 31% de contribution. Les PTF et le secteur privé contribuent respectivement à hauteur de 30% et 4% aux SSP. Parmi les PTF, le Fonds mondial (29%), l'USAID (18%), la Banque mondiale (14%) et l'UNICEF (8%) concentrent 70% des ressources SSP.

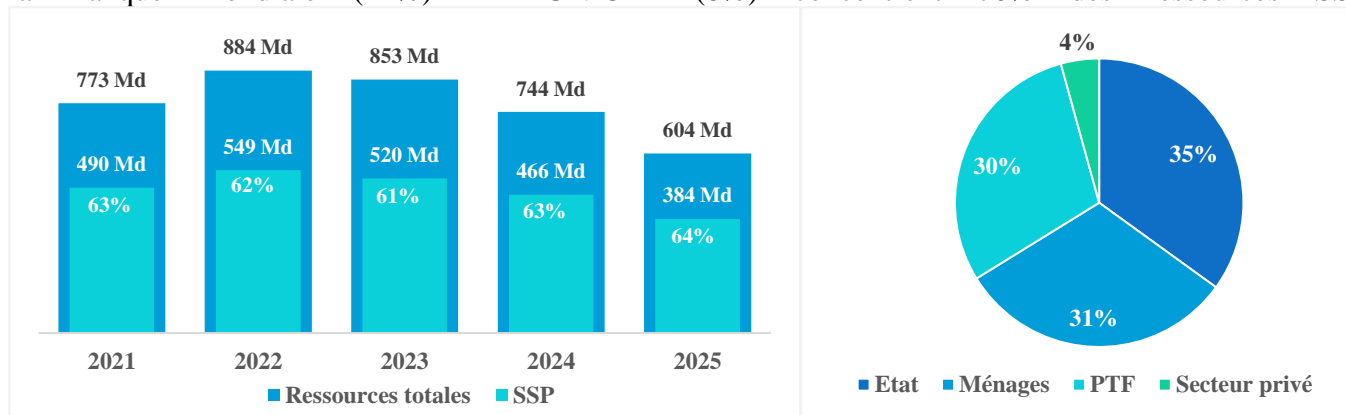


Figure 28 : Part annuelle des SSP dans les ressources totales et contribution par acteur (2021-2025)

<sup>12</sup> Déclaration d'Alma-Ata (1978), Initiative de Bamako (1987), Déclaration de Ouagadougou (2008), d'Astana (2018)

### 3.15.1. Analyse de l'évolution globale des ressources et dépenses en soins de santé primaires

L'évolution annuelle des ressources SSP suit sensiblement les mêmes tendances que celles des ressources totales en santé. En effet, les ressources des SSP connaissent une baisse annuelle moyenne de -6% sur la période 2021-2025, malgré un pic en 2022. Quant aux dépenses en SSP, elles ont réalisé une hausse considérable de 21% entre 2021 et 2022 passant de 371 à 448 milliards de FCFA. Cette hausse a été accompagnée d'une hausse du taux d'exécution budgétaire des ressources SSP qui s'est amélioré de 10 points entre 2021 et 2022, passant de 68% à 78%. Les ressources mobilisées sont principalement dirigées vers les ressources humaines en santé (24%), COVID-19 (7%), protection financière des ménages (5%), et le paludisme (5%).

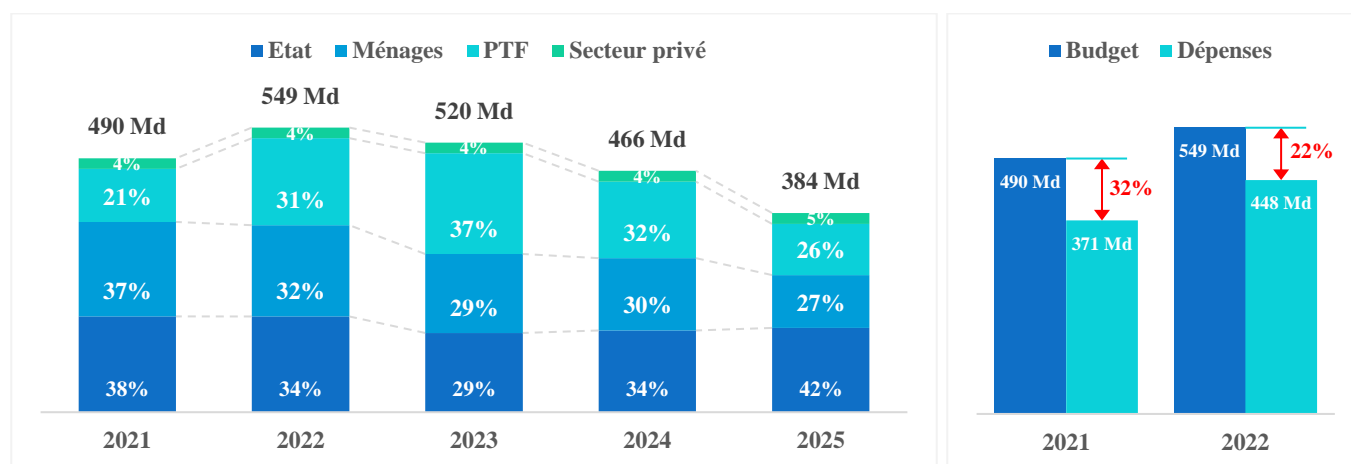


Figure 29 : Evolution annuelle des ressources et dépenses en SSP (2021-2025)

Ces dynamiques témoignent d'un engagement progressif des différents acteurs à renforcer la mise en œuvre effective des interventions sur les SSP, même si les allocations budgétaires connaissent une baisse progressive principalement due à un manque de visibilité des PTF sur les ressources futures à allouer.

### 3.15.2. Analyse de la répartition des ressources des SSP par district sanitaire

La répartition géographique des ressources SSP montre une légère concentration de leur distribution dans les 70 districts sanitaires du pays. En effet, 8 districts sanitaires (dont 3 districts de la région du Centre) concentrent le quart des ressources SSP sur la période 202-2025.

De plus, 22 districts sanitaires captent plus de la moitié des ressources SSP soit près de 700 milliards de FCFA sur la période 2023-2025 comme le montre la figure ci-contre. Cela traduit la nécessité de poursuivre la décentralisation de l'allocation des ressources financières SSP aux différentes localités du pays pour plus d'équité.

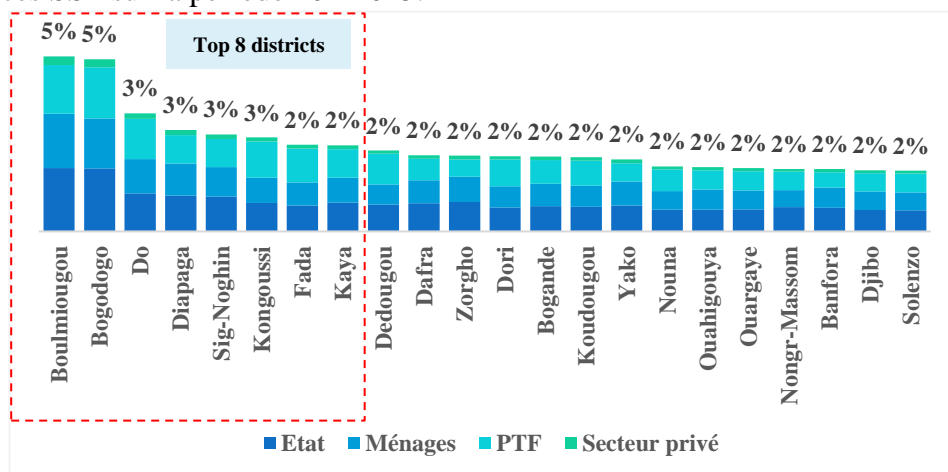


Figure 30 : Top 22 districts captant +50% des ressources SSP (2023-2025)

### 3.15.3. Analyse des gaps de financement des SSP sur la période 2023-2025

Deux perspectives d'analyse de gap de financement des SSP peuvent être considérées. La première consiste à déterminer les gaps annuels de financement selon la budgétisation de la SNDS 2021-2025. Selon cette perspective, chaque année, l'on relève un déficit de financement des SSP aboutissant à un déficit global de plus de 400 milliards de FCFA soit -23% du budget 2023-2025 de la SNDS. La deuxième hypothèse compare les ressources SSP au plan d'investissement pour le renforcement des SSP 2023-2027 avec pour période de comparaison 2023-2025. Dans cette configuration, les SSP connaissent des écarts de financement fluctuants d'une année à l'autre. En 2023, il y a un surfinancement de 30%, mais cet excédent diminue considérablement de plus de 23% en 2024, atteignant un surfinancement de 7%. En 2025, les SSP font face à un déficit de financement de -14%. Dans ce deuxième scénario, le gap global de financement pour la période 2023-2025 s'établit à +8%.

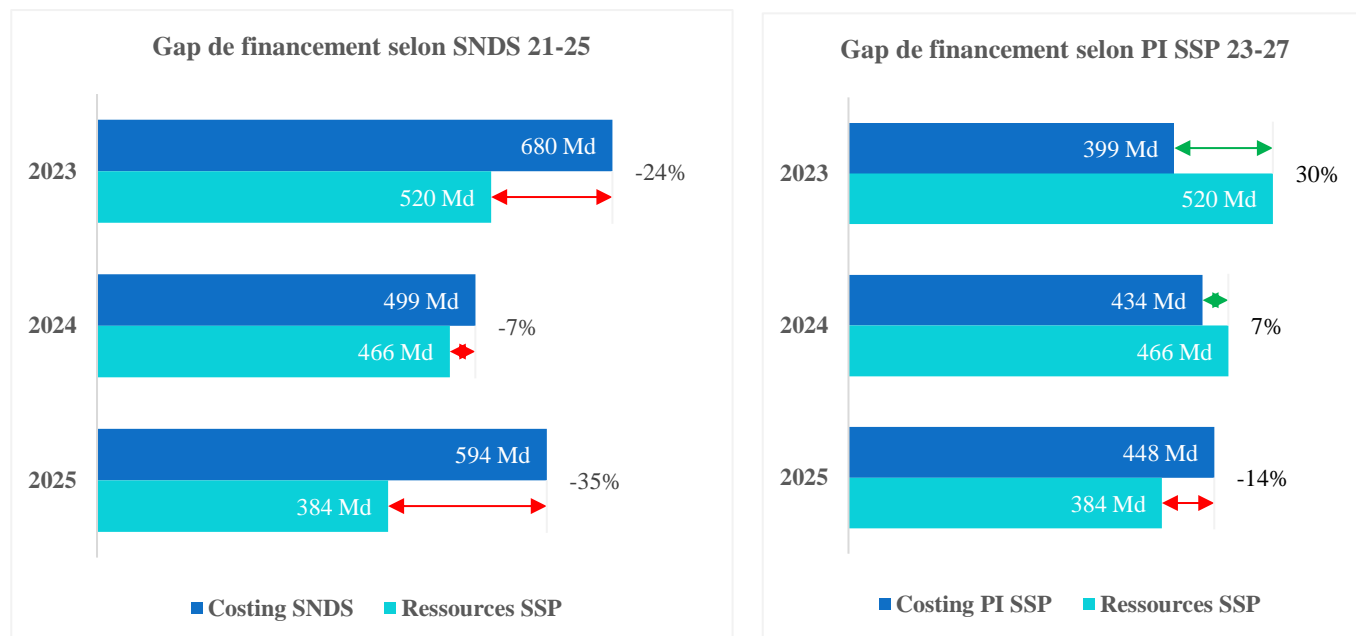


Figure 31 : Gaps annuels de financement des SSP selon la SNDS (2021-2025) et le PI SSP (2023-2025)

L'analyse des gaps de financement SSP, suggère tout compte fait, une meilleure gestion des ressources financières de sorte à allouer efficacement les ressources SSP pour combler les différents gaps de financement relevés.

### 3.16. Analyse sur la Santé Communautaire

La santé communautaire, qui constitue un maillon essentiel de la progression du Burkina Faso vers la couverture sanitaire universelle, occupe une position centrale dans le secteur de la santé du pays. Cela se manifeste à travers diverses initiatives visant à renforcer l'accessibilité des soins de santé à la population. Depuis 2016, cette volonté s'est concrétisée par l'institutionnalisation de la santé communautaire, marquée par le déploiement des agents de santé à base communautaire (ASBC). Plus récemment, en 2018, cette dynamique s'est renforcée avec l'élaboration de référentiels tels que la Stratégie Nationale de Santé Communautaire – SNSC (2019-2023) et le dossier d'investissement dédié.

Au total, 24 958 ASBC ont été recensés en 2021, selon l'annuaire statistique 2022. La moitié de ces agents est concentrée dans trois régions principales à savoir : le Plateau Central (23%), le Centre-Est (17%) et le Sud-Ouest (8%).



La présente analyse livre plusieurs renseignements clés sur les allocations budgétaires et les dépenses effectuées dans le domaine de la santé communautaire au Burkina Faso. Elle examine également la répartition spatio-temporelle de ces ressources et met en lumière les écarts de financement associés.

### 3.16.1. Analyse de l'évolution des ressources et dépenses en santé communautaire

Les allocations financières dédiées à la santé communautaire au Burkina Faso, provenant à la fois de l'État et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), s'élèvent en moyenne à 25 milliards de FCFA par année.

Elles présentent une tendance à la baisse, passant de 30 milliards de FCFA en 2021 à 15 milliards de FCFA en 2025. De plus, ces financements sont majoritairement issus des PTF, représentant 89% du total, avec une contribution majeure de l'UNICEF, qui alloue au total 36% des ressources.

En ce qui concerne les dépenses, celles-ci ont enregistré une augmentation de 18% entre 2021 et 2022, malgré une diminution des budgets sur la même période.

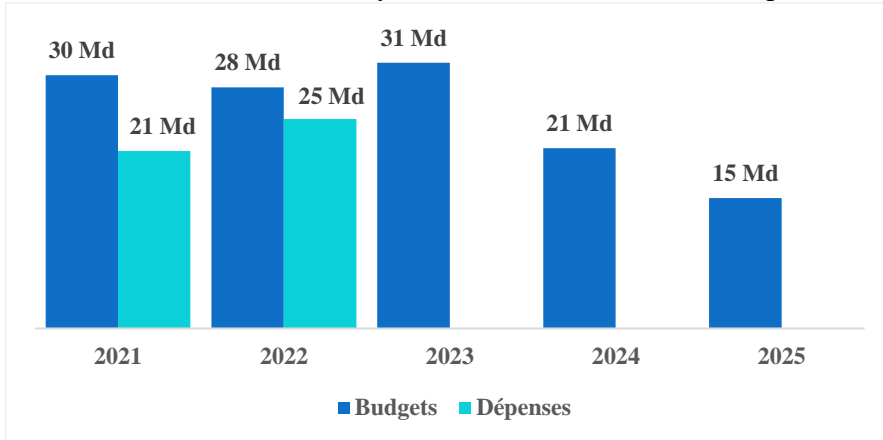


Figure 32 : Ressources et dépenses sur la santé communautaire

Les taux annuels d'exécution budgétaire ont atteint 70% en 2021 et ont progressé à 87% en 2022, reflétant une gestion financière plus efficiente. Toutefois, il est à noter que la contribution financière de l'État demeure relativement faible, représentant seulement 17% de la composition totale des dépenses. Cette analyse souligne la nécessité d'une attention particulière pour équilibrer les sources de financement et optimiser l'efficacité des dépenses dans le secteur de la santé communautaire au Burkina Faso.

### 3.16.2. Analyse de la répartition et des gaps de financement de la santé communautaire

La moitié des ressources financières destinées à la santé communautaire est orientée vers les régions de l'Est (19%), des Hauts-Bassins (13%), de la Boucle du Mouhoun (9,5%) et du Centre-Nord (9,1%) comme illustré ci-contre.

Les ressources de la santé communautaire sont affectées principalement aux domaines tels que la COVID-19 (28%) et la nutrition (25%) et sont utilisées dans l'achat de médicaments et consommables médicaux (16%), les formations (13%), et l'acquisition de biens et services au profit des populations (11%).

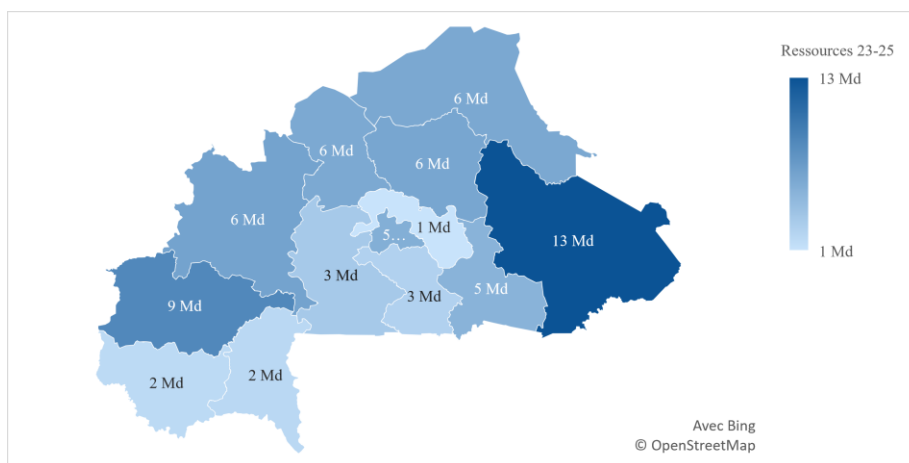


Figure 33 : Ressources et dépenses sur la santé communautaire

L'analyse de gaps de financement de la SNSC pour la période 2021-2023, révèle un déficit de -2 milliards de FCFA en 2021, suivi d'excédents de financement de 4 et 10 milliards de FCFA respectivement pour les années 2022 et 2023. Cette variabilité souligne l'importance d'une gestion flexible des ressources pour s'adapter efficacement aux changements des besoins en santé communautaire au fil du temps.



### 3.17. Analyse sur la SRMNEA-N

Le Burkina Faso déploie depuis plusieurs années, des efforts considérables pour réduire les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile. Toutefois, le niveau de ces indicateurs demeure élevé dans le pays. En effet, le ratio de mortalité maternelle qui était de 484 pour 100 000 naissances vivantes<sup>13</sup> en 1998 est passé à 307,3 pour 100 000 naissances vivantes<sup>14</sup> en 2006 pour s'établir à 222,9/100 000 naissances vivantes en 2019<sup>15</sup>. Quant au taux de mortalité infantile qui était de 91,7 pour 1000 naissances vivantes en 2011<sup>16</sup>, il est passé à 55,9 pour 1000 naissances vivantes en 2019<sup>17</sup>.

Globalement les ressources SRMNEA-N s'élèvent à 1 113 milliards de FCFA sur la période 2023-2025 soit 71% des ressources émanant de l'Etat et des PTF et 51% des ressources totales du secteur sur la période. La contribution étatique s'élève à 634 milliards de FCFA soit 57% des ressources. Pour les PTF, au total 29 acteurs sont impliqués dans le financement de la SRMNEA-N au Burkina Faso. Parmi lesquels 13 concentrent 91% des ressources des PTF.

Le Fonds mondial se positionne comme le premier PTF finançant majoritairement la SRMNEA-N avec 19% des ressources totales allouées par les PTF. Il est suivi de l'USAID qui alloue 15% des ressources et de l'UNICEF avec 11% des ressources.

Il convient de noter que la SRMNEA-N constitue un domaine au carrefour de plusieurs autres domaines de la santé. Les analyses suivantes mettent en lumière chacune de ces composantes.

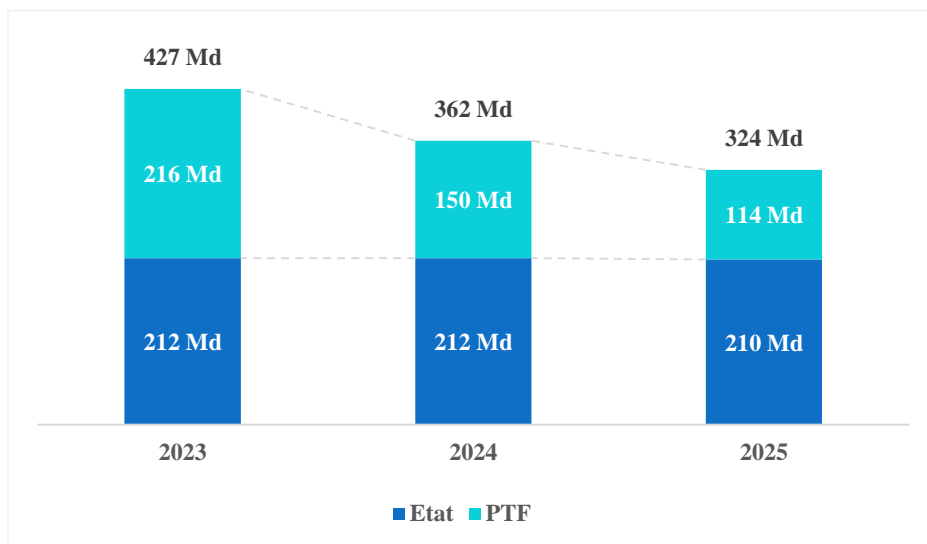


Figure 34 : Evolution et composition des ressources SRMNEA-N (2023-2025)

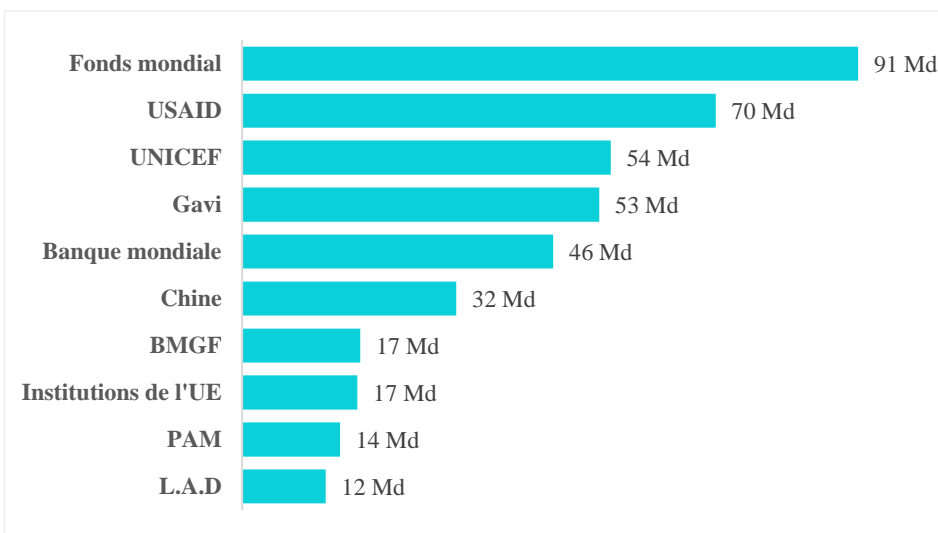


Figure 35 : Principaux PTF finançant la SRMNEA-N (2023-2025)

<sup>13</sup> EDS 1998

<sup>14</sup> RGPH 2006

<sup>15</sup> RGPH 2019

<sup>16</sup> PNDS 2011-2020

<sup>17</sup> RGPH 2019

### 3.17.1. Santé reproductive et santé maternelle

Les interventions dans le domaine de la santé de la reproduction sont essentiellement couvertes par les PTF sur la période 2023-2025. L'Etat ne contribue à ce domaine qu'à hauteur de 5%. Les ressources émanent principalement des acteurs tels que la Banque mondiale (à travers ses projets SWEDD+ et PRSS), l'USAID, le Canada, les Pays-Bas, l'UNFPA et la Suède avec respectivement 23%, 21%, 13%, 12% et 11% des ressources soit 86% du financement total de la santé reproductive.

Les ressources de la santé de la reproduction sont principalement orientées vers l'achat de médicaments et consommables médicaux (25%), l'assistance technique (21%), la fourniture de biens et services (20%) et les formations (9%), au profit des populations et parties prenantes concernées.

Par ailleurs, 88% des ressources des différentes interventions sont orientées vers la cible « femmes de 15 à 49 ans ». Au-delà de la santé de la reproduction, plusieurs autres domaines de la santé concourent au renforcement de la santé maternelle au Burkina Faso.

Selon le RGPH 2019, le ratio de mortalité maternelle au Burkina Faso était de 222,9 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2019.

Globalement, la santé maternelle enregistre 175 milliards de FCFA de ressources sur la période 2023-2025 soit plus de 8% des ressources totales du secteur de la santé sur ladite période. Ces ressources proviennent à 73% des PTF. La grande majorité des ressources de santé maternelle est allouée aux districts sanitaires des différentes régions du pays soit 73% des ressources totales.

La répartition régionale des ressources en santé maternelle est présentée dans le graphique ci-dessous.

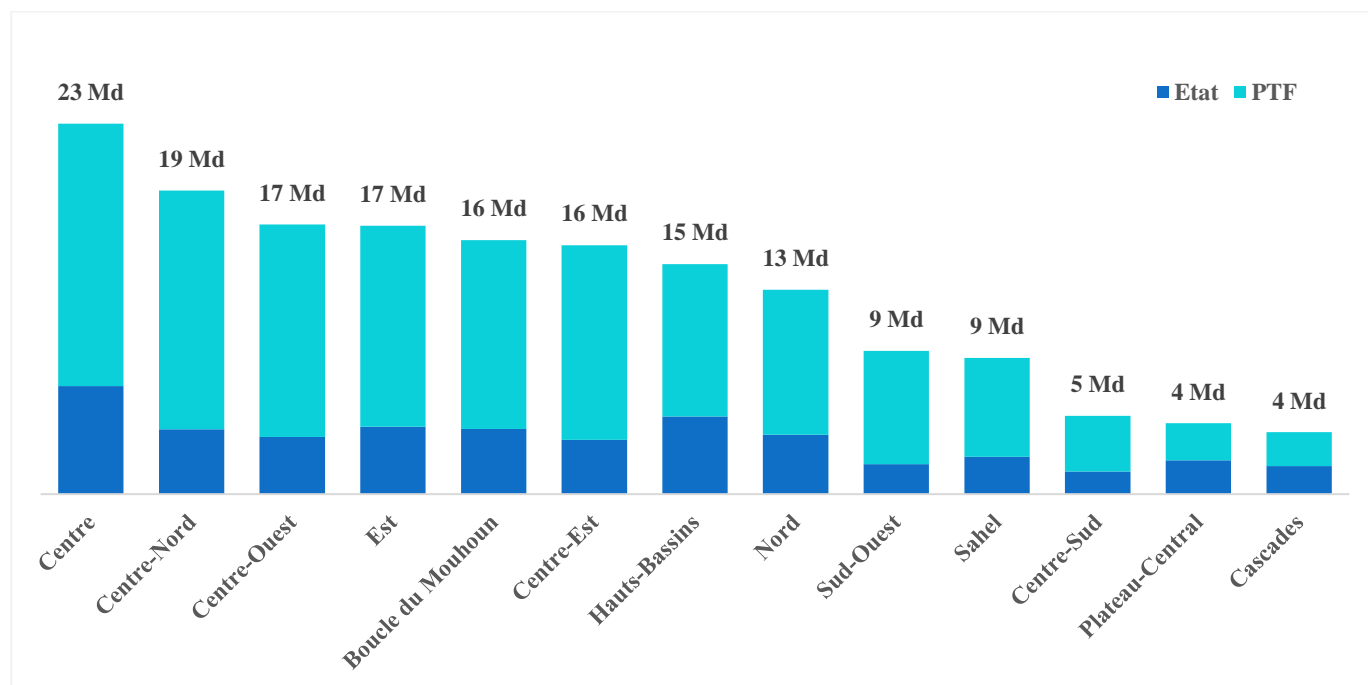


Figure 36 : Répartition régionale des ressources en santé maternelle (2023-2025)

Les dépenses en santé maternelle s'élevaient au total à 120 milliards de FCFA sur la période 2021-2022. La répartition de ses ressources suit quasiment la même structure que celle des ressources, présentée ci-haut.

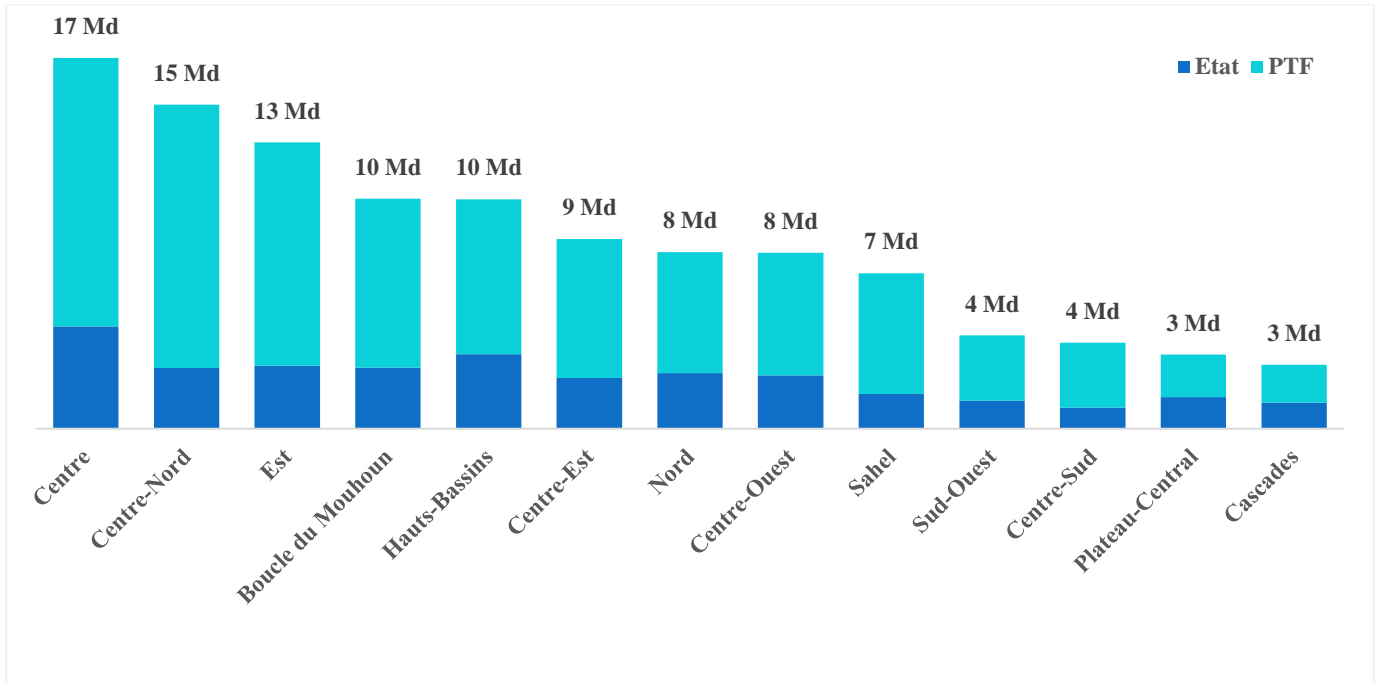


Figure 37 : Répartition régionale des dépenses en santé maternelle (2023-2025)

A l’instar de la santé reproductive et maternelle, la santé néonatale et infantile occupe une place centrale dans le système national de santé.

### 3.17.2. Santé néonatale et infantile

Le financement de la santé néonatale et infantile s’élève à 262 milliards de FCFA sur la période 2023-2025 soit une moyenne annuelle de 87 milliards de FCFA. Le tiers de ces ressources émane de l’Etat traduisant sa volonté de réduire les décès évitables chez les nouveau-nés et les enfants. Le reste du financement émane des PTF tels que : Fonds mondial avec 20%, UNICEF avec 17%, USAID avec 10%, Banque mondiale et PAM avec 6% par acteur, et Gavi et BMGF avec 3% par acteur.

En termes de catégories de coûts, les médicaments et consommables médicaux, les biens et services, les ressources humaines, l’approvisionnement et gestion de la chaîne logistique et les formations concentrent 80% des ressources soit respectivement 35%, 18%, 10%, 8,2% et 7,9%.

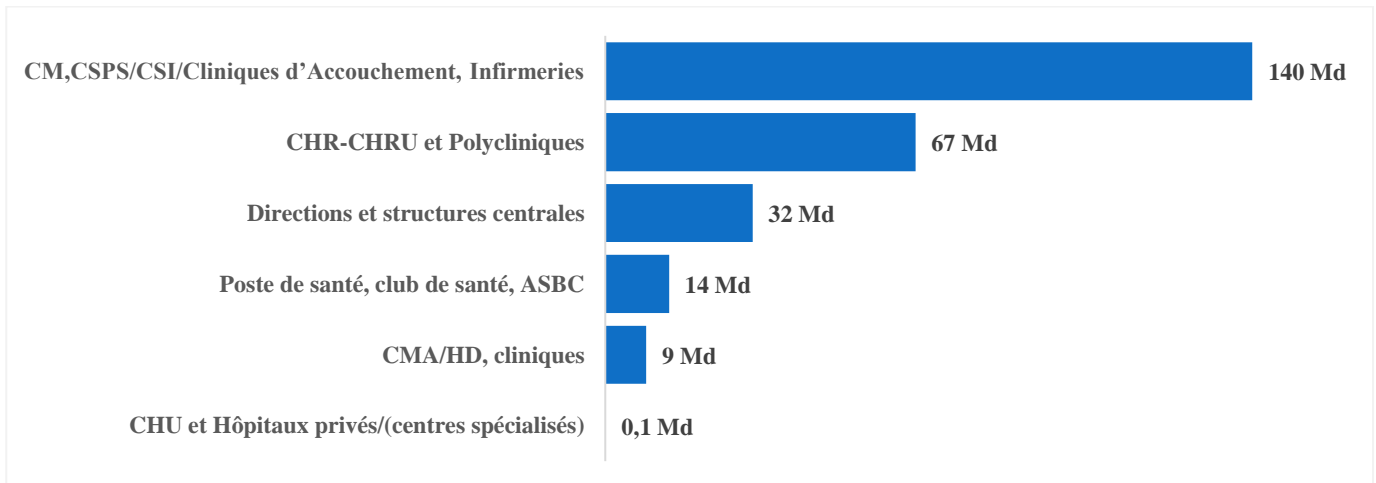


Figure 38 : Répartition des ressources en santé néonatale et infantile par niveau de soins (2023-2025)



Plus de la moitié des ressources est affectée à 6 régions à savoir : Boucle du Mouhoun, Centre, Centre-Nord, Centre-Est, Est et Centre-Ouest avec en moyenne par région 9% des ressources totales de la période.

### 3.17.3. Nutrition

La crise multidimensionnelle que connaît le Burkina Faso depuis quelques années a engendré une crise alimentaire préoccupante touchant plusieurs localités et couches de la société. Les enfants sont largement les plus exposés à cette crise nutritionnelle. Au Burkina Faso, chaque année, la malnutrition tue à peu près 26 000 enfants de moins de cinq ans<sup>18</sup>.

Diverses interventions menées par l’Etat et les PTF visent à prévenir et à lutter contre la malnutrition dans les différentes localités du pays.

Globalement, le financement de la nutrition est en baisse au fil des années. Passant de 44 milliards de FCFA en 2023 à 18 milliards en 2025. Cette baisse émane également du manque de visibilité de la part des PTF. En effet, sur la période 2023-2025, les PTF financent à 94% ce domaine clé. La moitié de ce financement est porté par l’UNICEF, suivi de l’USAID (14%) et du PAM (12%) comme l’indique le graphique ci-dessous.

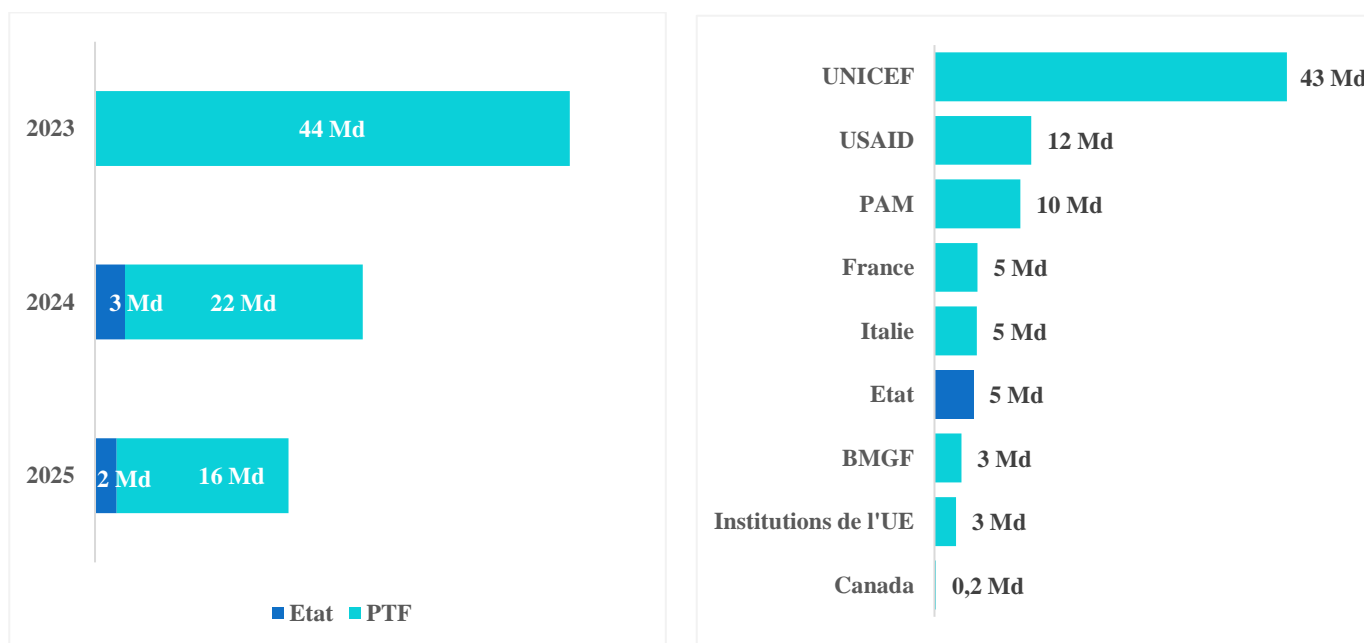


Figure 39 : Evolution et répartition des ressources en nutrition (2023-2025)

Sur la période 2021-2022, dans les 45 provinces du Burkina Faso, 699 027 enfants de 6-59 mois étaient malnutris aigus soit environ 10% de cas en plus en comparaison à l’analyse de la précédente période (2020-2021). Parmi lesquels 179 252 souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) et 519 775 de malnutrition aiguë modérée (MAM).

Les cartes ci-dessous présentent la situation de la malnutrition aiguë dans les différentes localités du pays en 2021-2022 et la comparaison faite avec les dépenses consenties dans le domaine de la nutrition pour la même période.

<sup>18</sup> Source : <https://www.unicef.org/burkinafaso/nutrition>

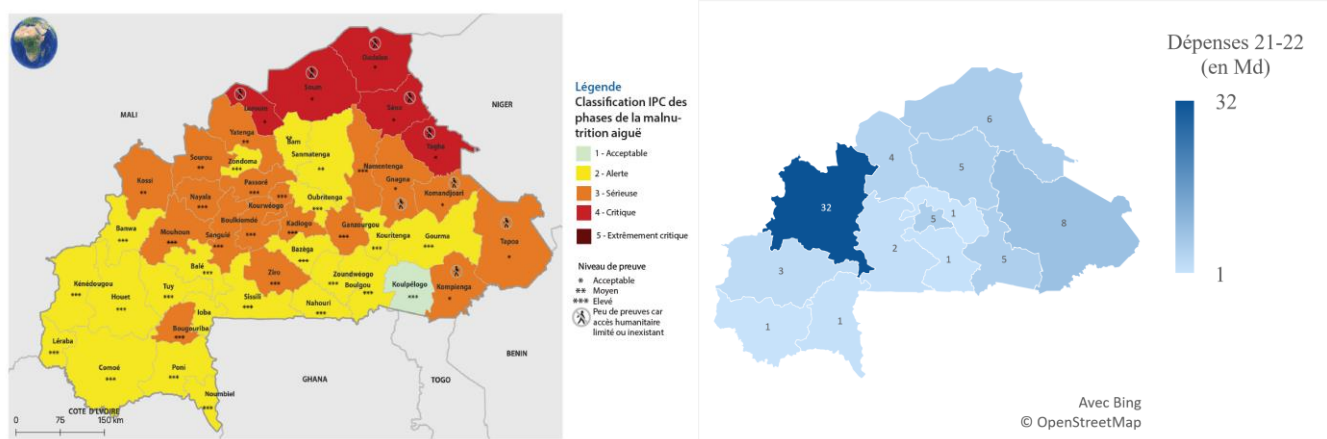


Figure 40 : Situation de la malnutrition aiguë et répartition des dépenses en nutrition (2021-2022)

L'analyse de ces cartes suggère la nécessité d'opérer un recentrage des actions de lutte contre la malnutrition vers les régions les plus nécessiteuses. En effet, la seule région de la Boucle du Mouhoun a concentré 43% des dépenses en santé, suivie de la région de l'Est avec 11%, du Sahel avec 8% et du Centre avec 7%. Cependant les régions avec une prévalence élevée sont respectivement le Sahel (34%), le Nord (25%), la Boucle du Mouhoun (23%), et l'Est (22%).

Il faudrait donc réduire la concentration des ressources et renforcer l'allocation de ressources aux régions telles que le Sahel et le Nord. Les allocations budgétaires de la période 2023-2025 prennent partiellement en compte ces aspects. La région de la Boucle du Mouhoun concentre désormais 22% des ressources, 13% pour l'Est et 11% pour le Centre-Est et 9% pour le Sahel.

Au-delà des analyses de domaines clés, la situation de quelques pathologies mérite une mise en lumière.

### 3.18. Examen de la situation de quelques pathologies

Plusieurs pathologies sont consignées comme étant prioritaires pour le système national de santé au Burkina Faso. Cette section propose une analyse concise de chacune de ces sept (7) pathologies qui font l'objet d'attention particulière au niveau du système de santé du pays.

Le tableau ci-dessous montre globalement, une forte concentration (90%) des financements sur quelques pathologies telles que la COVID-19, le paludisme et les IST-VIH/SIDA et une forte dépendance des financements des différentes pathologies aux ressources externes (84%) sur la période 2023-2025.

Tableau 9. : Pathologie par source de financement (2023-2025)

Pathologies	Etat	PTF	Total général	Part (%)
COVID-19	5 403 Mn	129 518 Mn	134 922 Mn	40%
Paludisme	1 550 Mn	87 999 Mn	89 549 Mn	26%
IST-VIH/SIDA	23 162 Mn	59 624 Mn	82 786 Mn	24%
Maladies non transmissibles	20 473 Mn	687 Mn	21 160 Mn	6%
Tuberculose et TB/VIH	48 Mn	5 338 Mn	5 385 Mn	2%
Maladies tropicales négligées	145 Mn	3 725 Mn	3 870 Mn	1%
Epidémies	2 500 Mn	546 Mn	3 046 Mn	1%
<b>Total</b>	<b>53 282 Mn (16%)</b>	<b>287 437 Mn (84%)</b>	<b>340 719 Mn</b>	<b>100%</b>

### 3.18.1. COVID-19

La pandémie de COVID-19 a secoué l'ensemble des systèmes de santé au niveau mondial y compris au Burkina Faso. De ce fait, plusieurs initiatives globales et locales ont été entreprises pour non seulement lutter contre la pandémie mais aussi pour prévenir d'éventuelles futures pandémies.

Globalement, cela a résulté à de conséquents engagements budgétaires notamment des partenaires techniques et financiers.

Comme l'indique le tableau présenté ci-dessus, la COVID-19 est la pathologie qui bénéficie le plus d'allocations budgétaires au Burkina Faso avec 135 milliards de FCFA sur la période 2023-2025 soit 40% des ressources totales destinées aux pathologies prioritaires du pays. Comme illustré ci-contre, l'Etat ne contribue qu'à hauteur de 5 milliards de FCFA soit seulement 4% des ressources. Les financements de la COVID-19 émanent principalement des PTF notamment la Banque mondiale (avec le Pandemic Fund et PPR COVID-19), le Fonds mondial (avec notamment le C19RM), l'UNICEF (avec le projet « Capacités accrues pour la préparation et la réponse intégrée aux urgences sanitaires ») et Gavi (avec notamment le CDS 3 et la subvention FAE), contribuant respectivement à hauteur de 34%, 30%, 18% et 7%. A contrario, trois acteurs à savoir BMGF, Canada, et UNFPA regroupés dans « Autres » contribuent accessoirement pour cette pathologie avec 300 millions de FCFA. La moitié des ressources est orientée vers l'acquisition des médicaments et consommables médicaux soit 68 milliards de FCFA. Les régions du Centre, de l'Est, de la Boucle du Mouhoun et des Hauts-Bassins sont les plus dotées avec 44% des ressources totales. L'encadré ci-dessous rappelle la nécessité de procéder à des réaffectations des ressources de la COVID-19.

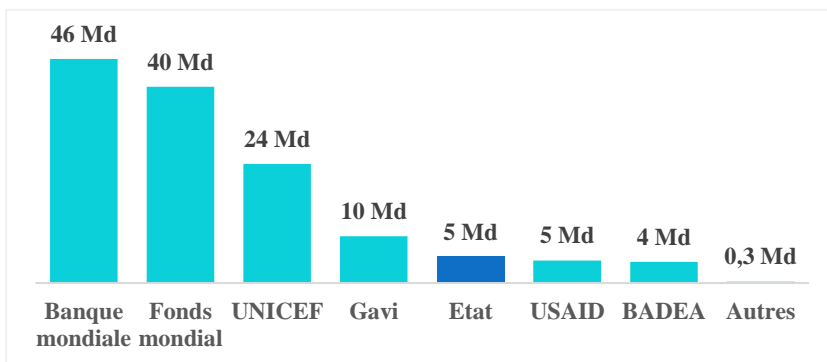


Figure 41 : Financement de la COVID-19 (2023-2025)

L'encadré ci-dessous rappelle la nécessité de procéder à des réaffectations des ressources de la COVID-19.

#### **Encadré 5 : De la nécessité d'éventuellement réaffecter les ressources destinées à la COVID-19**

Les ressources COVID-19 sur la période 2023-2025 qui s'élèvent à 135 milliards de FCFA dépassent les ressources combinées des programmes Paludisme, IST-VIH/SIDA, Maladies non transmissibles, Tuberculose et TB/VIH, Maladies tropicales négligées, Epidémies qui font 123 milliards de FCFA au total sur la même période.

Ce constat suggère clairement la nécessité d'engager des discussions avec les différents acteurs clés afin de réaffecter stratégiquement une partie des ressources à d'autres priorités connexes telles que le renforcement et la mise à niveau du système national de laboratoires, l'amélioration des chaînes d'approvisionnement, ou à d'autres domaines ou pathologies prioritaires pour le pays notamment

Quant aux dépenses de la COVID-19, elles ont doublé sur la période 2021-2022 passant de 18 à 43 milliards de FCFA principalement portées par le Fonds mondial (35%), l'UNICEF (16%), l'Etat (11%) et Gavi (11%).



### 3.18.2. Paludisme

Le paludisme demeure l'une des principales priorités du système de santé burkinabè. En effet, selon l'annuaire statistique 2022, cette pathologie demeure le principal motif de consultation (37,8%), d'hospitalisation (63,2%) et la première cause de décès (18,2%) dans les formations sanitaires du pays. Avec une incidence de 525 pour mille en 2022. L'allocation de ressources budgétaires au paludisme est en constante progression sur la période 2023-2025 avec une moyenne annuelle de 30 milliards de FCFA. Par ailleurs, le financement du paludisme reste fortement dépendant des ressources extérieures émanant des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé au Burkina Faso. En effet, sur la période 2023-2025, les ressources domestiques ne s'élèvent qu'à 1,6 milliards soit 1,7% du financement du paludisme.

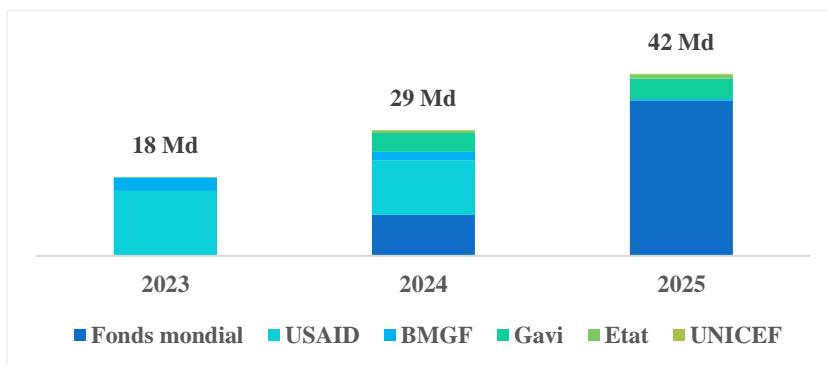


Figure 43 : Financement du paludisme (2023-2025)

Le Fonds mondial (Palu RSS-GC7), l'USAID (principalement GHSC/PSM Malaria et IHS), et Gavi (vaccin malaria) contribuent à 92% du financement du paludisme soit respectivement 51% et 31% et 10%.

Sur la période 2023-2025, plus de la moitié des ressources du paludisme sont allouées au sous domaine « Prévention », suivi des soins et traitement (36%) et de la surveillance (9%). Ces ressources sont essentiellement (84%) destinées à l'achat de médicaments et consommables médicaux (31%), la mise à disposition de biens et services (28%), l'approvisionnement et gestion de la chaîne logistique (15%), la gestion du programme et administration (10%). Elles bénéficient principalement à la cible « Enfants de moins de 5 ans » soit 84% des ressources de la période 2023-2025 suivie des deux autres cibles à savoir les femmes enceintes (8%) et des adultes (7%). Par ailleurs, les districts sanitaires captent plus de 60% des ressources suivis des directions et structures centrales (22%) et enfin les directions régionales de la santé (18%). Cinq régions concentrent près de la moitié des ressources du paludisme à savoir le Centre-Ouest (15%), le Centre-Est (14%), le Centre (11%), l'Est (9%), et les Hauts-Bassins (8%).

Quant aux exécutions budgétaires, elles ont doublé entre 2021 et 2022 passant de 35 milliards de FCFA à 71 milliards de FCFA, principalement portées par les dépenses effectuées par le Fonds mondial (71%) et l'USAID (25%). Les taux d'exécution budgétaire montrent que du côté de l'Etat, des efforts doivent être renforcés afin d'assurer une exécution budgétaire efficace des ressources budgétisées pour le paludisme.

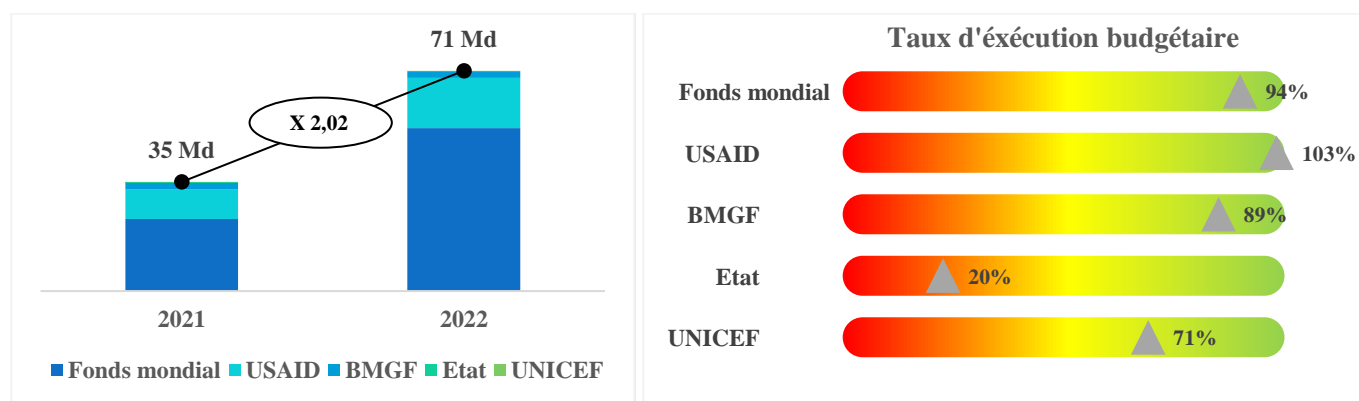


Figure 44 : Evolution, sources des dépenses et taux d'exécution budgétaire pour le paludisme (2021-2022)



L'analyse des graphiques ci-dessous montre une corrélation positive donc un alignement entre les dépenses en santé dans les différentes régions et les cas de paludisme identifiés dans ces localités. Toutefois, chez les « enfants de moins de 5 ans » cette corrélation reste faible : coefficient de corrélation ( $r$ ) = 0,64 et coefficient de détermination ( $R^2$ ) = 0,41. Montrant la nécessité de renforcer les efforts d'exécution équitable et efficiente des ressources en santé à cette cible en particulier. Pour ce qui est de la population générale, l'on relève une forte corrélation positive entre les cas identifiés et les dépenses effectuées ( $r=0,93$  et  $R^2=0,87$ ). En effet, à titre d'exemple, les régions à plus forte prévalence du paludisme à savoir le Centre, le Centre-Est, les Hauts-Bassins, le Centre-Ouest, et l'Est qui enregistrent 52% des cas ont bénéficié de 55% des dépenses liées au paludisme en 2022.

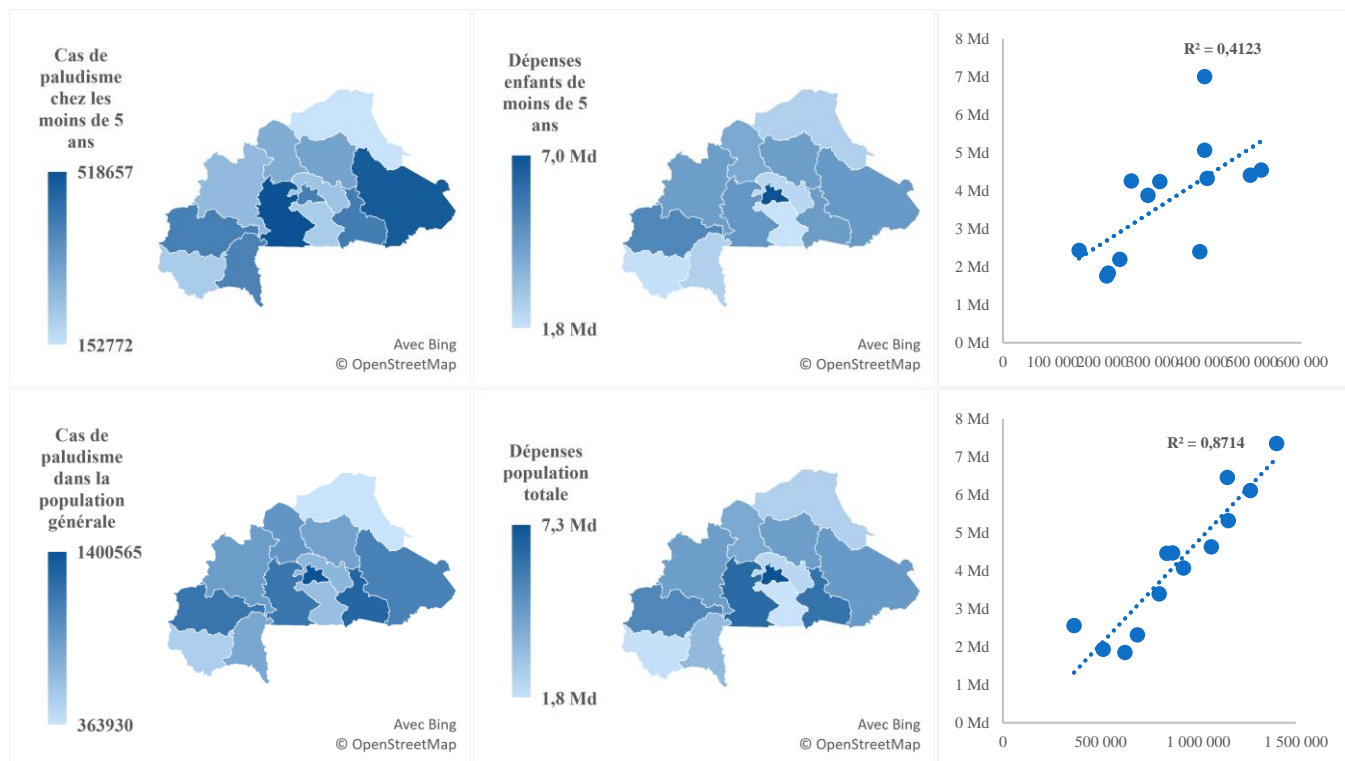


Figure 45 : Corrélation entre les cas de paludisme et les dépenses en santé dans les régions (2022)

Globalement, la prise en compte de ces dynamiques relevées devrait permettre de revoir l'ensemble des interventions en santé en général et particulièrement les interventions liées au paludisme afin de les arrimer aux différents indicateurs probants de la pathologie pour plus d'efficacité. De plus, les gaps de financement du Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme 2021-2025 identifiés dans la section dédiée (3.14) devraient faire l'objet de mobilisation de ressources aussi bien domestiques qu'extérieures de l'ordre de 58% du PSN budgétisé à 485 milliards de FCFA sur la période 2021-2025.

### 3.18.3. VIH/SIDA et IST

La lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso a engrangé des résultats remarquables, avec une diminution significative du taux de prévalence du SIDA. Selon l'annuaire statistique 2022 et le rapport 2023 de l'ONUSIDA, ce taux estimé à 7,17% en 1997 a chuté à 0,6% en 2022 au sein de la population générale. Toutefois, l'analyse des ressources de ce programme hautement important du pays livre divers renseignements clés.

En effet, sur la période 2023-2025, ce programme bénéficie de près de 83 milliards de FCFA dont 72% émanent des PTF. Ainsi, les trois principales sources de financement du programme (89% des ressources)



incluent le Fonds mondial qui assure 47% du financement total soit 39 milliards de FCFA, suivi des ressources domestiques qui s’élèvent à 23 milliards de FCFA soit 28%, et de l’USAID qui alloue 12 milliards de FCFA soit 14% des ressources totales du programme.

Ces financements se concentrent principalement sur la prévention avec 61% des ressources, suivie des soins et traitement (37%) et accessoirement à la surveillance (2%). Hormis les ressources transversales qui s’élèvent à 23 milliards de FCFA soit 28% des ressources totales du programme, les premières cibles bénéficiant des ressources sont les femmes (31%), suivies des hommes (22%) et enfin des enfants (19%).

Les différents financements sont principalement orientés vers l’achat de médicaments et consommables médicaux à hauteur de 57 milliards de FCFA (69% des ressources) dont 35 milliards de FCFA proviennent du Fonds mondial et 20 milliards de FCFA de l’Etat).

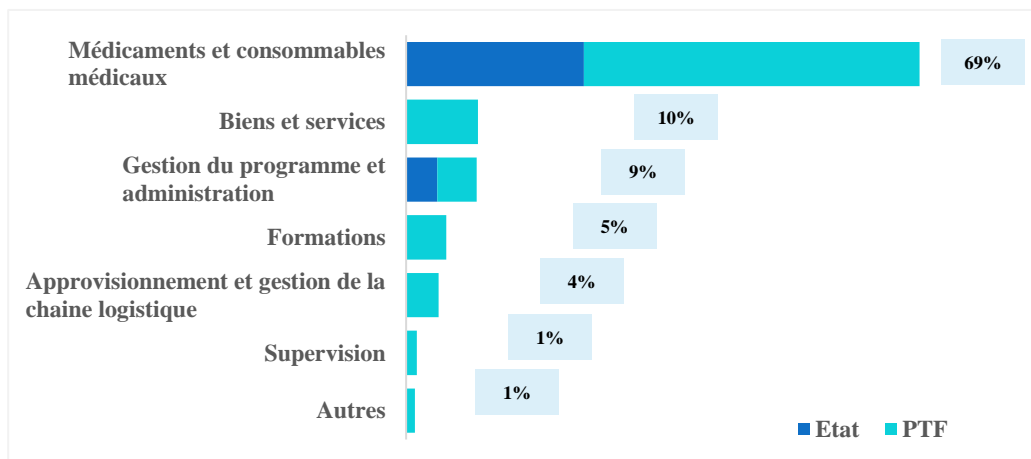


Figure 46 : Catégories de coûts des ressources VIH/SIDA/IST (2023-2025)

Le financement des biens et services qui s’élève à plus de 7,9 milliards de FCFA est porté par l’USAID à 99,6%. L’USAID finance à 94% l’approvisionnement et la gestion de la chaîne logistique qui s’élève à 3,5 milliards de FCFA. Quant à la catégorie de coûts gestion et administration du programme, qui s’élève à environ 7,8 milliards de FCFA, ses ressources émanent à 92% du Fonds mondial, et des ressources domestiques à parts pratiquement égales. Le PAM est le principal acteur finançant à 98% les formations qui s’élèvent à 4,4 milliards de FCFA, ainsi que la supervision à 75%, à travers son intervention « *Access to adequate food in crises case & TSF, BFS and ART Clients activities* ».

La répartition géographique des ressources (2023-2025) montre que les régions du Centre, de la Boucle du Mouhoun et les Hauts-Bassins qui ont les taux de prévalence les plus élevés reçoivent le plus de ressources avec respectivement 22,5 milliards (31%), 8,5 milliards (12%) et 8,3 milliards de FCFA (12%).

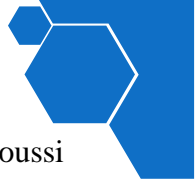
Concernant les dépenses (2021-2022) destinées au programme VIH/SIDA et IST, ont cru de 161% entre 2021 et 2022 passant de 7 à 12 milliards de FCFA. Le renforcement de ces interventions a principalement bénéficié aux régions du Centre (23%), du Centre-Nord (14%), des Hauts-Bassins (12%), et aux directions et structures centrales (12%) qui assurent la coordination stratégique du programme.

#### 3.18.4. Tuberculose

La lutte contre la tuberculose constitue l’une des priorités du Burkina Faso. A cet effet, plan stratégique national de lutte contre la tuberculose a été élaboré pour la période 2021-2025.

Sur la période 2023-2025, le financement de la Tuberculose s’élève à 5 milliards de FCFA et émane à 99% du Fonds mondial. L’Etat ne contribue qu’à hauteur de 1% soit 48 millions de FCFA. Ces ressources sont équitables partagées entre la prévention et les soins et traitement.

Les ressources de la tuberculose sont majoritairement allouées aux districts sanitaires (74%), ensuite aux directions et structures centrales (21%), et enfin aux directions régionales de la santé (5%). Huit districts sanitaires dont trois de la région du Centre enregistrent le quart des ressources. Il s’agit des districts de



Boulmiougou (5%), Bogodogo (5%), Do (3%), Diapaga (3%), Sig-Noghin (3%), Zorgho (2%), Kongoussi (2%), Kaya (2%).

Les ressources de la tuberculose sont principalement orientées vers l'achat de médicaments et consommables médicaux (99%) et le reste pour les biens et services, et la gestion et administration du programme.

Par ailleurs, les gaps de financement de la tuberculose connaissent une baisse constante au fil des années. Le gap global de financement s'élève à 16 milliards de FCFA soit 60% de la budgétisation du plan stratégique du programme tuberculose pour la période 2021-2025.

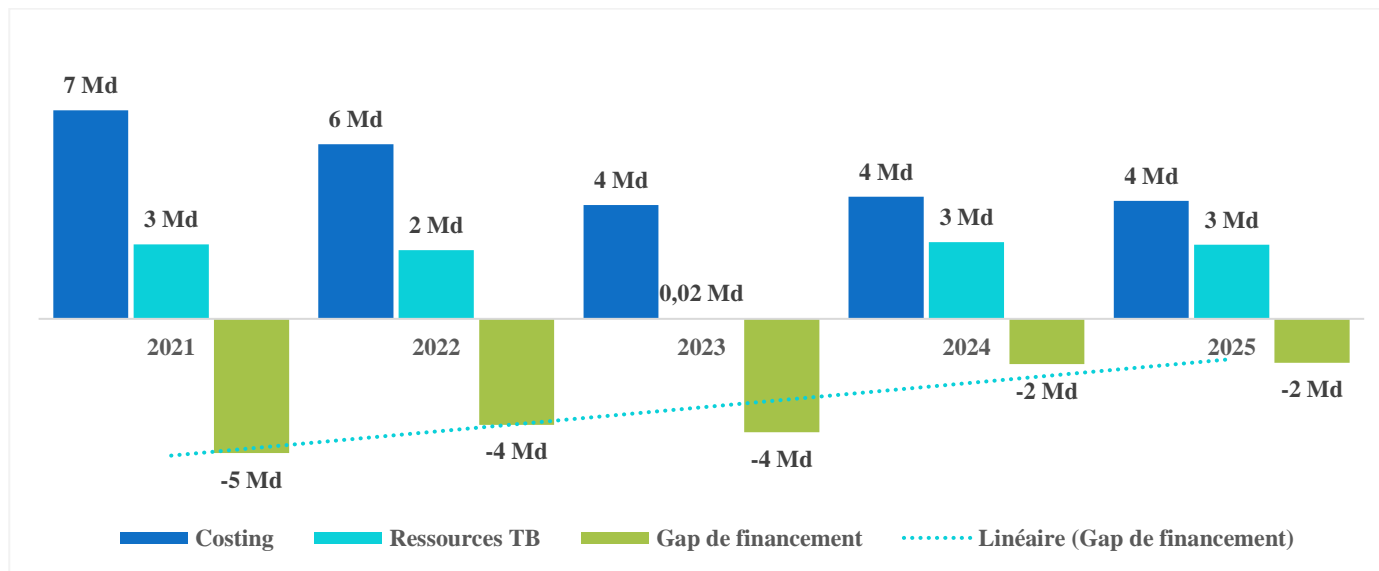


Figure 47 : Gaps annuels de financement de la tuberculose (2021-2025).

### 3.18.5. Autres pathologies : MNT, MTN et Epidémies

Les principales autres pathologies du système national de santé incluent les maladies non transmissibles (MNT), les maladies tropicales négligées (MTN) et les épidémies.

#### a. Les maladies non transmissibles (MNT)

L'Etat est la principale source de financement des maladies non transmissibles. En effet, sur la période 2023-2025, ce domaine bénéficie de 21 milliards de FCFA issus à 97% des ressources domestiques. Pour ce qui est des dépenses qui s'élèvent à 11 milliards de FCFA au total pour les années 2021 et 2022, l'Etat a contribué à 93%.

L'insuffisance rénale demeure le principal sous-domaine financé avec 15 milliards de FCFA soit 72% des ressources. Ensuite les maladies cardiovasculaires et diabète qui bénéficient de 5 milliards de FCFA soit 25% des ressources totales. Les autres sous-domaines incluent, la santé mentale, l'infection des yeux et des oreilles, le cancer du col de l'utérus et la drépanocytose, qui bénéficient d'un financement cumulatif de 641 millions de FCFA soit 3% des ressources.

Globalement, l'approvisionnement et gestion de la chaîne logistique et les biens et services constituent les catégories de coûts les plus financés sur la période 2023-2025 avec respectivement 15 et 5 milliards de FCFA soit 95% des ressources.

Les CHU et Hôpitaux privés ainsi que les centres spécialisés bénéficient de 72% des ressources pour le traitement des MTN. Par ailleurs, trois régions à savoir le Centre, les Hauts-Bassins et le Nord concentrent 20 milliards de FCFA soit 96% des financement des MTN.

## b. Les maladies tropicales négligées (MTN)

Les maladies tropicales négligées bénéficient en moyenne de 1,3 milliards de FCFA sur la période 2023-2025 soit un financement total d'environ 3,8 milliards de FCFA dont 70% émane de l'USAID. Quant aux dépenses sur les MTN. Elles s'élèvent à 2,1 milliards de FCFA au total portées par l'USAID (88%) et BMGF (18%) comme illustré ci-dessous.

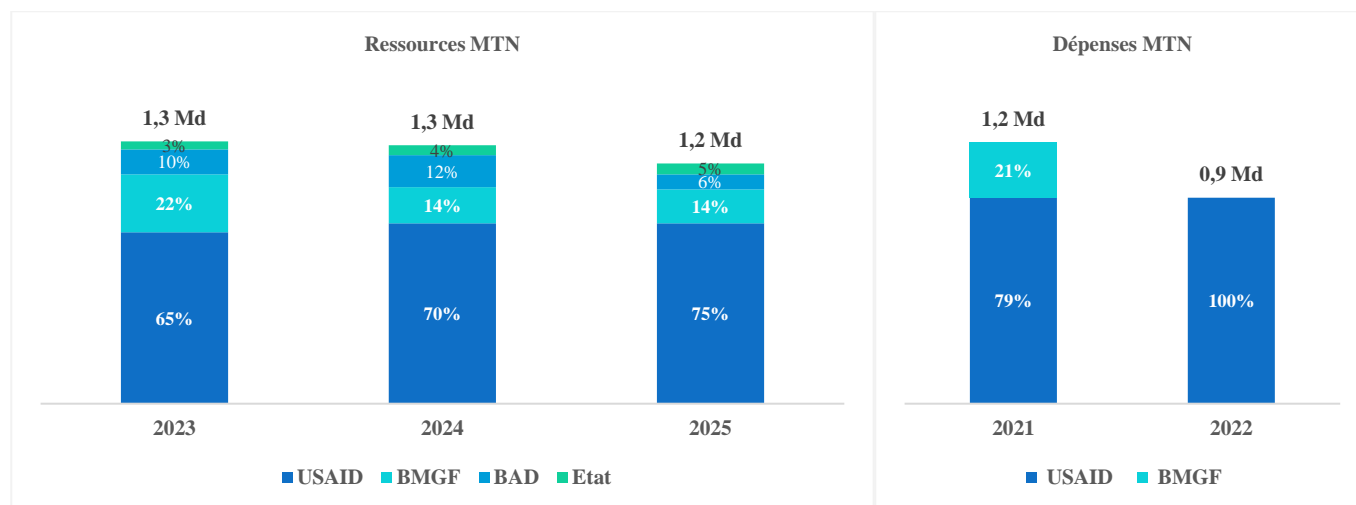


Figure 48 : Ressources (2023-2025) et dépenses (2021-2022) dans le domaine des MTN

La majorité des financements sont dédiés à la prévention (87%), suivie de la surveillance (10%) et des soins et traitement (3%). Près de 97% des ressources MTN servent à l'achat de médicaments et consommables médicaux (79%), suivi des biens et services (11%) et de la recherche et suivi-évaluation (7%).

Par ailleurs, les ressources MTN, sont principalement orientées vers les districts sanitaires (79%) des différentes régions du pays. Les principales régions bénéficiaires sont le Centre (37%), l'Est (27%) et le Sahel (16%).

## c. Les épidémies

Trois principaux acteurs financent la lutte contre les épidémies sur la période 2023-2025 à savoir l'Etat avec 2,5 milliards de FCFA soit 82% des ressources totales exécutés notamment dans le cadre du Plan de riposte aux épidémies. Les ressources étatiques sont suivies du PTF BMGF avec 501 millions de FCFA soit 16% des ressources, et Gavi avec 44 millions de FCFA soit 1% des ressources.

Ces financements sont essentiellement orientés vers la prévention (3 milliards de FCFA soit 99% du financement). Les soins et traitement ne représentent que 45 millions de FCFA soit 1% du financement. La majeure partie des ressources restent au niveau central (2,8 milliards de FCFA soit 81% des ressources).

Les dépenses effectuées par l'Etat et les PTF dans le cadre de la lutte contre les épidémies au cours des deux précédentes années (2021-2022) s'élevaient au total à 5,1 milliards de FCFA, dépassant ainsi, les ressources allouées à ce domaine pour les trois années suivantes (2023-2025) avec 3 milliards de FCFA.

Ces dépenses ont été réalisées par quatre acteurs à savoir : l'Etat avec 4 milliards de FCFA soit 78% des dépenses, suivi de l'USAID avec 16%, BMGF avec 5% et Gavi avec 1% des dépenses totales.

### 3.19. Examen de l'état de Renforcement du Système de Santé (RSS)

Le renforcement du système de santé (RSS) constitue la clé de voûte pour un système de santé efficace et au diapason des standards internationaux. Sur la période 2023-2025, plus de 956 milliards de FCFA soit 43,44% des ressources totales allouées au secteur de la santé, sont orientées vers le renforcement du système de santé (RSS) au Burkina Faso. Ces ressources émanent essentiellement de l'Etat, avec 791 milliards de FCFA soit 87% des ressources RSS. Les ressources allouées par les PTF s'élèvent à 166 milliards et proviennent principalement de la Chine à travers le projet de construction du CHU de Bobo Dioulasso (28%), du Fonds mondial (14%) à travers le SRPS dans le cadre du GC7, de l'Union européenne (10%) à travers ses différents projets de RSS, du LAD (9%) à travers les différents domaines du PSSR contribuant au RSS et de la BID (8%) à travers le projet PRSS-ASN.

Sept domaines clés composent le RSS à savoir : i) Ressources humaines ; ii) Infrastructures et équipements ; iii) Protection financière des ménages ; iv) Gouvernance et coordination ; v) Systèmes d'information sur la santé ; vi) Financement de la santé et vii) Produits de santé et produits sanguins labiles.

Les ressources de la période 2023-2025 sont principalement allouées à 3 domaines clés : les ressources humaines en santé (53%), l'amélioration des infrastructures et équipements (30%) et la protection financière des ménages (10%). Les mêmes tendances sont observées pour les dépenses en santé de la période 2021-2022, qui ont été orientées à 95% vers ces trois domaines en plus de la gouvernance et coordination.

La moitié des ressources RSS est affectée au niveau des districts sanitaires, 31% au niveau régional et 19% au niveau central pour assurer le pilotage des différentes interventions. Par ailleurs, sur le total des ressources des niveaux régional et districts sont allouées aux CM/CSPS/CSI/Cliniques d'accouchement et infirmeries (437 milliards de FCFA soit 57% de ces ressources) comme l'indique la figure ci-dessous.

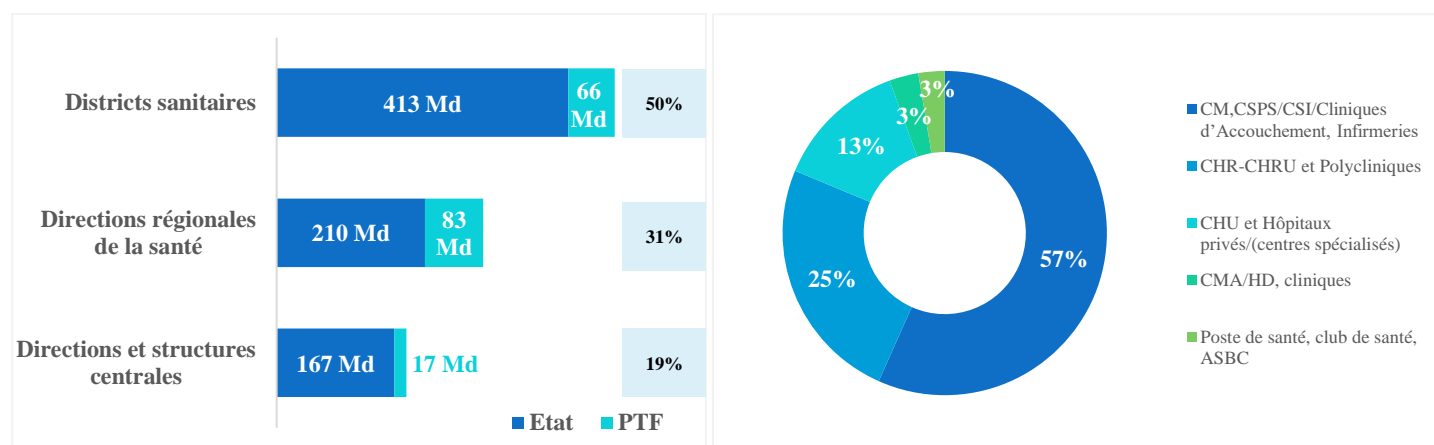


Figure 49 : Affectations des ressources RSS aux niveaux d'exécution et niveaux de soins (2023-2025)

Les principales régions de réalisation des grands projets notamment de construction d'infrastructures sanitaires tels que le CHU Bassinko et le Projet neurochi dans la région du Centre, le CHU Bobo-Dioulasso dans les Hauts-Bassins, le CHU Gaoua dans le Sud-Ouest, concentrent l'essentiel des ressources RSS de la période 2023-2025 comme le montre la carte ci-dessous.



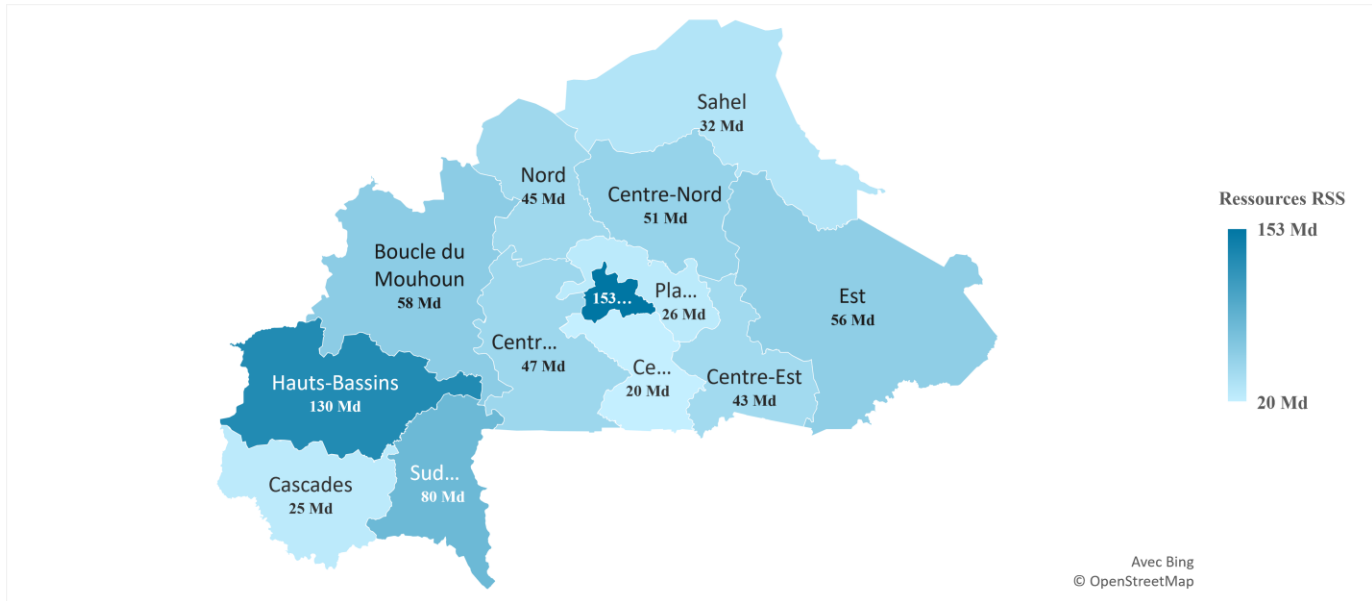


Figure 50 : Répartition régionale des ressources RSS (2023-2025)

La protection financière des ménages constitue l’une des principales composantes du RSS au Burkina Faso. L’encadré ci-dessous présente un zoom analytique sur ce domaine clé.

### **Encadré 6 : Zoom sur la protection financière des ménages**

La protection financière des ménages a toujours constitué une priorité pour le Burkina Faso et s’inscrit en droite ligne de sa marche vers la couverture sanitaire universelle à horizon 2030. Cette attention soutenue s’est matérialisée par le lancement du programme de gratuité des soins de santé depuis 2016.

Enregistrant 99,6 milliards de FCFA (dont 89% émanant des ressources domestiques), ce domaine clé constitue **le 3<sup>e</sup> domaine RSS le plus financé sur la période 2023-2025**. Les principaux PTF du domaine sont l’UE (73%) et LAD (26%). Ces financements sont principalement orientés vers **le sous-domaine gratuité des soins (94%)**, suivi du sous-domaine assistance sociale (6%), et enfin les assurances maladie commerciales et mutuelles de santé avec 0,03% des ressources. Les cibles bénéficiant de la protection financière incluent les « Enfants de moins de 5 ans » à 47%, les « Femmes enceintes » à 47%, les « Personnes déplacées internes » à 3% et les actions transversales à 3%.

Les dépenses réalisées en 2021-2022 s’élèvent respectivement 43 et 38 milliards de FCFA. Soit une baisse de -10% émanant de la baisse des dépenses étatiques. Quant au **taux d’exécution budgétaire global, il s’élève à plus de 99%**.

En somme, les analyses de l’exercice de cartographie, un aperçu général des ressources et dépenses liées à ce domaine ainsi que les cibles, localités bénéficiaires et types de coûts.

Ces renseignements clés, pourraient être **combinés à d’autres types de données ou analyses pour éclairer les décisions et actions spécifiques des parties prenantes du secteur.**

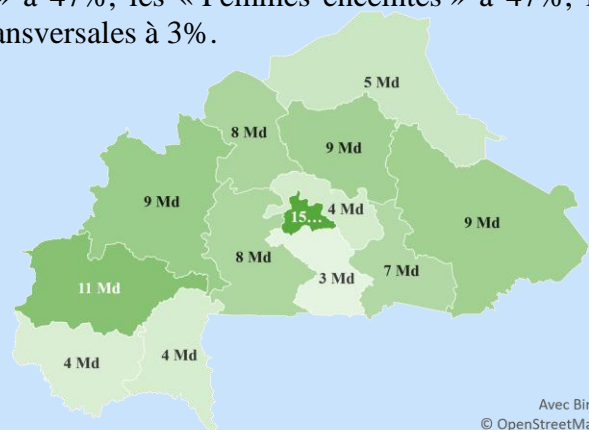


Figure 51 : Répartition régionale des ressources de protection financière (2023-2025)

## 4. Processus de digitalisation de la cartographie : leçons apprises

Afin d'accroître la transparence dans le partage des données financières issues de sources nationales et de partenaires techniques et financiers, le MSHP a entrepris, via l'équipe de la Direction de l'information sanitaire (DSI), la numérisation du processus, avec le soutien de l'ONG CHAI. Cette initiative a abouti à la création d'une plateforme digitale intégrée et opérationnelle, alignée sur la vision « un plan, un budget, un rapport ». La plateforme facilite la collecte, la validation et la visualisation des données, renforçant ainsi la coordination, la responsabilité et l'efficacité. Sa caractéristique principale demeure son accessibilité à toutes les parties prenantes, y compris les différentes directions du MSHP et les partenaires au développement. Cette inclusivité assure le partage, l'examen et l'utilisation collaboratifs des données, favorisant une approche transparente et participative. La collecte de données pour l'édition actuelle de la cartographie des ressources s'est entièrement faite à partir de la plateforme digitale. Par ailleurs, des tutoriels vidéo servant de références pour la navigation sur la plateforme et la saisie des données sont intégrées au site web de la plateforme. De plus un système de discussions instantanées est agrégé au site pour une assistance en temps réel.

### 4.1. Brève description de la plateforme digitale

La plateforme comprend des onglets dédiés à chaque composante de la vision 3'1 : "Un Plan" présentant les plans stratégiques du pays, "Un Budget" illustrant la répartition des ressources par type de financement, année et domaine d'intervention, et "Un Rapport" qui présentera synthétiquement les principaux indicateurs de santé identifiés par le MSHP.

Les utilisateurs de la plateforme peuvent : i) visualiser un tableau de bord proposant diverses analyses des dernières données de la cartographie des ressources, ii) ajouter de nouveaux projets, et iii) mettre à jour les données existantes ainsi que les informations sur les projets. L'équipe technique de la cartographie des ressources dispose d'un compte dédié pour vérifier/valider les données soumises ou initier des demandes d'ajustements et de corrections auprès des entités concernées. La figure ci-dessous illustre la plateforme numérique.

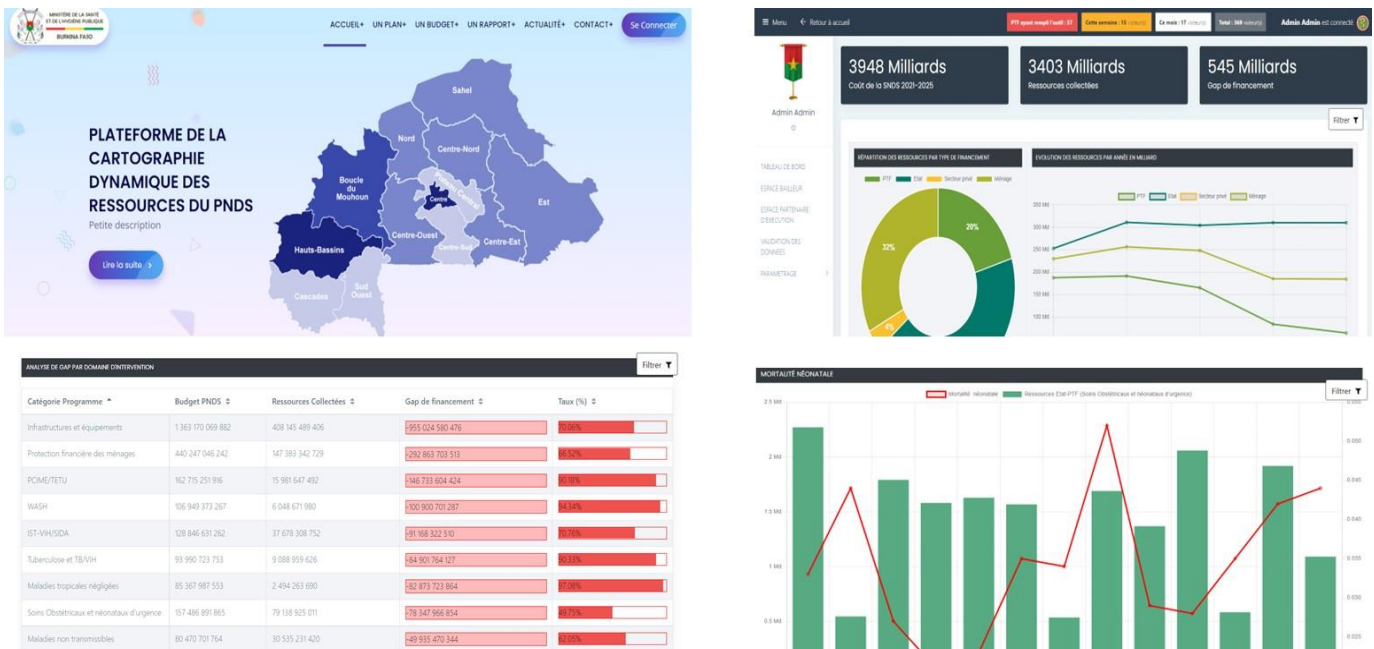


Figure 53 : Plateforme digitale de la cartographie des ressources (<https://cartographie-projets.sante.gov.bf/>)



## 4.2. Principales leçons apprises

Plusieurs leçons ont été apprises lors du processus de digitalisation de la cartographie des ressources. Le MSHP souhaite capitaliser à l'avenir sur ses leviers clés dans la conduite de prochaines initiatives de digitalisation.

1. **Identification des objectifs clés** : Définir clairement les objectifs spécifiques de la digitalisation, en mettant l'accent sur l'amélioration de l'efficacité, de la transparence et de la coordination dans la cartographie des ressources.
2. **Engagement des parties prenantes** : Impliquer activement toutes les parties prenantes, y compris les équipes de santé, les partenaires techniques et financiers, pour assurer une adoption réussie de la nouvelle plateforme.
3. **Partenariats stratégiques** : Établir des partenariats solides avec des experts en technologies de l'information, des ONG ou d'autres acteurs spécialisés pour garantir un soutien technique adéquat.
4. **Conception Ergonomique** : Concevoir une plateforme digitale conviviale et intuitive, en mettant l'accent sur l'expérience utilisateur pour faciliter la navigation et la saisie des données.
5. **Formation Approfondie** : Fournir une formation complète aux utilisateurs sur l'utilisation de la plateforme, en intégrant des ressources éducatives telles que des tutoriels vidéo et des guides d'utilisation.
6. **Assistance en Temps Réel** : Intégrer des mécanismes de support en temps réel, tels qu'un système de discussions instantanées, pour résoudre rapidement les problèmes et répondre aux préoccupations des utilisateurs.
7. **Validation Rigoureuse des Données** : Mettre en place un processus de validation rigoureux, avec une équipe technique dédiée, pour garantir la qualité et la fiabilité des données recueillies.
8. **Inclusivité des Fonctionnalités** : Assurer que la plateforme offre des fonctionnalités inclusives, permettant aux utilisateurs de visualiser des tableaux de bord, d'ajouter de nouveaux projets et de mettre à jour les données existantes.
9. **Sécurité des Données** : Mettre en place des mesures de sécurité robustes pour protéger les données sensibles, garantissant la confidentialité et l'intégrité des informations.
10. **Évaluation Continue et Amélioration** : Instaurer un processus d'évaluation continue pour identifier les opportunités d'amélioration, s'ajuster aux évolutions technologiques et répondre aux besoins changeants du système de santé.

## 5. Recommandations

A l'issue de la conduite des différentes phases de la cartographie des ressources et de la présentation des résultats, diverses recommandations s'avèrent utiles pour l'amélioration des prochains exercices de cartographie. Celles-ci portent à la fois sur des recommandations en lien avec le processus de cartographie dans son ensemble mais aussi sur les actions à entreprendre compte tenu des résultats qui en ont découlé.

### 5.1. Recommandations liées au processus de la cartographie

Ces recommandations visent une amélioration du processus de la cartographie dans sa globalité :

- Réviser l'outil de collecte de données de la cartographie dynamique des ressources du secteur de la santé : il s'agira d'ajouter ou d'adapter les critères de données aux besoins d'analyses et de simplifier l'outil pour faciliter le renseignement des données par toutes les parties prenantes ;
- Mettre à jour la base de données des partenaires techniques et financiers, des OSC et du secteur privé : élargir le champ de collecte de données aux autres bailleurs, partenaires de mise en œuvre, mais également aux OSC et au secteur privé afin de recueillir des données plus détaillées et complètes ;
- Elaborer un document d'orientation : ce document servira de référence pour l'institutionnalisation de la cartographie des ressources financières afin qu'elle devienne un exercice de routine ;
- Œuvrer à l'harmonisation de la cartographie des ressources avec les autres exercices de suivi de ressources en santé actuellement en vigueur au niveau du système national de santé ;
- Renforcer les compétences des acteurs sur la gestion de la plateforme de la cartographie : les acteurs intervenant dans le processus doivent être formés sur l'utilisation de l'outil de cartographie, le traitement et l'analyse des données et s'inspirer de l'expérience d'autres pays ;
- Renforcer l'institutionnalisation de l'exercice de la cartographie : cela doit se traduire par la prise de textes réglementaires et l'inscription d'une ligne budgétaire de l'État pour prendre en charge les activités de la cartographie.

### 5.2. Recommandations liées aux résultats de la cartographie

Ces recommandations s'adressent aux parties prenantes clés du système national de santé :

- Développer un plaidoyer pour un accroissement des financements extérieurs et leur alignement sur les actions prioritaires définies dans le PNDS 2021-2030 ;
- Exploiter les résultats afin d'améliorer l'équité dans l'allocation des ressources et la protection financière des ménages à travers l'expansion de l'assurance maladie, la gratuité des services pour les personnes vulnérables, mais également le développement de mécanismes d'assistance sociale ;
- Renforcer l'orientation des PTF vers les domaines et zones d'intervention pour combler les besoins et éviter les doublons.



## Conclusion

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a réussi le pari de réaliser cette deuxième édition de la cartographie dynamique des ressources du secteur de la santé au Burkina Faso. Bien que ne prenant pas en compte de manière exhaustive l'ensemble des intervenants et interventions dans le domaine de la santé au Burkina Faso, ce document sert de base solide pour une amélioration significative de la visibilité et de la gestion des ressources, ainsi que du suivi des dépenses en santé. L'impact direct de ces efforts est une perspective prometteuse pour une meilleure qualité des soins de santé destinés à la population burkinabè.

La clé indéniable de la réussite de cette cartographie dynamique des ressources réside dans la réelle appropriation et l'utilisation concrète des résultats de ce rapport par l'ensemble des parties prenantes. Ce n'est qu'à travers la prise de décisions, fondées sur les évidences des résultats de cet exercice, que l'on maximisera son impact.

Malgré les défis rencontrés, l'espoir réside dans les efforts d'institutionnalisation de cet exercice. Ces efforts ne se contentent pas seulement d'améliorer le processus global de cartographie des ressources, mais ils visent également à optimiser l'utilisation des résultats obtenus. Ce faisant, l'objectif est de renforcer l'efficacité et l'équité dans l'ensemble du système de santé au Burkina Faso. L'institutionnalisation progressive de cette cartographie des ressources, s'inscrit dans une démarche visant à garantir la pérennité et l'impact durable de cet exercice au sein du système de santé du pays. En consolidant ces efforts, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pave la voie vers un avenir où la transparence, l'efficacité et l'équité seront les maîtres-mots du système national de santé.

## Annexe 1 : Equipe de rédaction du rapport de la cartographie dynamique des ressources

N°	Nom et prénoms	Fonction/Emploi	Structure
1	DABIRE/DEMBELE Estelle Edith	Secrétaire générale	Secrétariat général
2	KOITA Wasso Wenceslas	Directeur général	Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS)
3	BATIENE Doumapoulè Vincent	Directeur	Direction de la formulation de la politique et des stratégies sectorielles (DFP)
4	TASSEMBEDO Mahamadi	Directeur	Directeur du suivi, de l'évaluation et de la capitalisation (DSEC)
5	OUEDRAOGO Arzouma	Directeur	Directeur de la prospective et de la planification opérationnelle (DPPO)
6	SANFO Alexandre	AHSS	DFP
7	SAWADOGO ISSA	Conseiller des Affaires Economiques	DFP
8	GUINKO T Mohamed R	Médecin	DFP
9	KY CESAIRE	Attaché de Santé en SESSIO	DFP
10	OUBA Olivier	Agent	DFP
11	NASSA T. Simon	Economiste	DSS
12	BAMOGO Francis	Attaché de Santé	ST-RFS
13	TRAORE/SAMAKE Fatoumata	SAF	DFP
14	TENGUERI Segue Pierre	Attaché de santé	DFP
15	AKOTIONGA Edouard	Personne ressource	DFP
16	NIKIEMA Marc	Statisticien	DSES
17	SIRI Baperman	Médecin	DGSHP
18	SEDOGO Pascal	Economiste de la santé	DPPO
19	BIDIMA Enoch	Responsable TIC	DSI
20	BENON Ulrich	Agent	DGESS
21	ZOMBO Mahamadi	Conseiller des Affaires Economiques	DCPP
22	TANDAMBA Boukary	Senior Analyst, Health Financing	CHAI, Burkina Faso
23	TRAORE Blaise	Senior Program Manager, Health System Strengthening and Financing	CHAI, Burkina Faso
24	BA Inessa	Country Manager	CHAI, Burkina Faso



## Annexe 2 : Liste des membres du comité

### Membre du comité de cartographie des ressources

**Président :** OUEDRAOGO Landaogo S. L. Wilfrid, SG

**Rapporteur :** Dr DEMBELE/DABIRE Estelle Edith, DGESS

**Membres :**

1. DRABO Mamadou, CT Cabinet du Ministre
2. TAMBOURA Nadine, ST Coopération
3. TRAORE Lamine, DPFS
4. OUEDRAOGO Arzouma, DPPO
5. GYENGANI ZAKARIA, DAF
6. TASSEMBEDO Mahamady, DSEC
7. BATIENE D. Vincent, DFP
8. OUANGARE Assane, DSS
9. OUEDRAOGO Issiaka, DGESS
10. NASSA Simon, DSS
11. BAYALA Hubert, DAF
12. SEDGO Pascal, DPPO
13. OUATTARA Soungalo, DPFS
14. TENGUERI Pierre, DFP
15. OUATTARA Kouadio, DSEC
16. BAMOGO Francis, ST CSU
17. DOUSSOU Jean Marie, DGOS
18. OUATTARA Mamadou, DGAP
19. TINDANO Boubacar, DGSP
20. OUANDE Guillaume, DFSP
21. BADIEL EMILE, DSF
22. ZANGO Mahamady, DRH
23. KORNGHO Abdoulaye, DSIS
24. ZONGO/ZOUBGA Céline, DN
25. KOURAOGO/OUBDA Roseline, DSS
26. TIENDREBEOGO Tahirou, PRSS
27. NACRO Abdoul Koudous, INSP
28. SIA Yacoubou, DGB/MINEFID
29. BADO Valérie Giscard, DGCOOP/MINEFID
30. SAVADOGO Noufou, INSD/MINEFID
31. SOURABIE Sibiry, Secteur privé
32. OUATTARA Micheline, Secteur privé
33. BAKOUAN Eugène, SPONG
34. SAWADOGO Issa, DFP
35. ZOMBO Mahamady, DCPD
36. ADAALY, DRS Centre
37. AKOTIONGA Edouard, Personne ressource
38. KABORE Léandre Nestor, Personne ressource
39. Partenaires techniques et financiers

## Annexe 3 : Liste des formations en groupes administrées aux PTF

Date	Lieu	Acteurs formés	Observations
02 au 04 mai 2023	Hotel Silmandé (Ouagadougou) et en ligne	14 acteurs formés	Formation initiée par l'équipe de la cartographie
22 juin 2023	Délégation de l'Union européenne (Ouagadougou) et en ligne	11 acteurs formés	Formation initiée par le Chef de file des PTF (Union européenne)
05 juillet 2023	PROPEL Health sis a Ouaga 2000	18 acteurs formés	Formation initiée par l'USAID pour le remplissage des données de ses partenaires d'exécution

## Annexe 4 : Clés de répartition, méthodologie et sources de données

Clés de répartition		Méthodologie	Sources de données
1	Clés de répartition pour les interventions dans les régions/districts sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poids de la population de chaque région et de chaque district dans la population totale du Burkina Faso en 2021</li> </ul>	Annuaire statistique 2021
2	Clés de répartition pour les interventions à tous les niveaux d'exécution du système sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>20% au niveau central</li> <li>5% au niveau régional (désagrégé selon la population de chaque région)</li> <li>75% au niveau district sanitaire (désagrégé selon la population de chaque district)</li> </ul>	Clés de répartition de la DGF 2021
3	Clés de répartition pour les interventions à tous les niveaux de soins du système sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>CHR-CHRU et Polycliniques : 14%</li> <li>CHU et Hôpitaux privés/Centres spécialisés : 2%</li> <li>CM, CSPS/CSI/Cliniques d'Accouchement, Infirmeries : 60%</li> <li>CMA/HD, cliniques : 14%</li> <li>Poste de santé, club de santé, ASBC : 10%</li> </ul>	Comptes de la santé 2021
4	Clés de répartition des soldes mensuelles (uniquement pour la répartition des salaires du personnel du MSHP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poids du personnel du niveau central et des structures déconcentrées (DRS, DS et Hôpitaux) sur l'effectif total du MSHP</li> </ul>	Annuaire statistique RHS 2022
5	Clés de répartition des interventions 2021-2025 couvrant plusieurs orientations stratégiques et axes d'intervention du PNDS 2021-2030	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poids de chaque OS et AI dans le costing global de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) 2021-2025</li> </ul>	Costing de la SNDS 2021-2030
6	Clés de répartition pour interventions couvrant plusieurs pathologies à la fois	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poids de chaque pathologie dans les dépenses en santé</li> </ul>	Comptes de la santé 2021
7	Clés de répartition VIH-SIDA/IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>15% au niveau central</li> <li>85% au niveau district (désagrégé selon la population des PVVIH par district)</li> </ul>	Population des PVVIH par District 2022
8	Clés de répartition des ressources et dépenses des ménages	<ul style="list-style-type: none"> <li>25% au niveau régional (désagrégé selon la population de chaque région)</li> <li>75% au niveau district sanitaire (désagrégé selon la population de chaque région)</li> </ul>	Clés de répartition de la DGF 2021
9	Clés de répartition des ressources et dépenses du secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> <li>5% au niveau central</li> <li>20% au niveau régional (désagrégé selon la population de chaque région)</li> <li>75% au niveau district sanitaire (désagrégé selon la population de chaque district)</li> </ul>	Clés de répartition de la DGF 2021



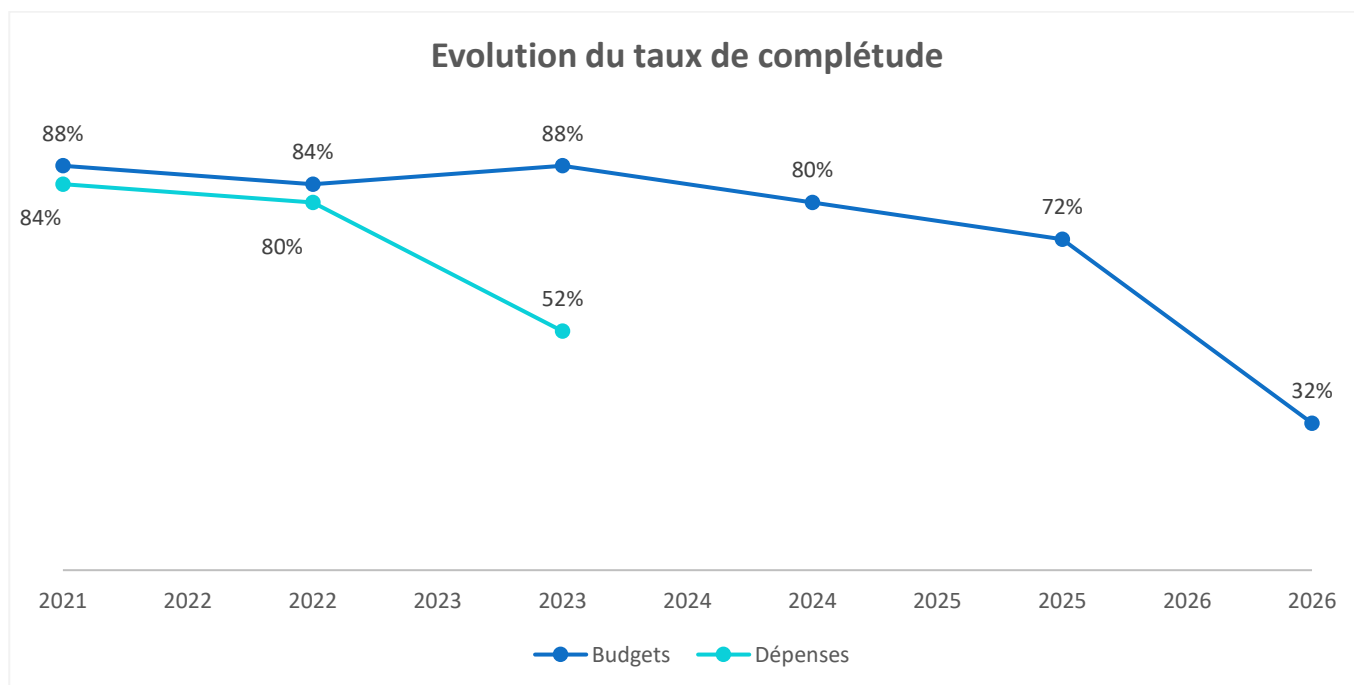
**Annexe 5** : Données collectées pour le « Bailleur » vs pour le « Partenaire d'exécution »

	<i>Cellule en bleu si oui</i>	<b>Espace Bailleur</b>	<b>Espace Partenaire d'exécution</b>
1	Source de Financement		
2	Projet		
3	Statut projet		
4	Budget global		
5	Année début		
6	Année fin		
7	Mode de financement		
8	Activité		
9	Partenaire d'Exécution		
10	Programme Budgétaire		
11	Orientation Stratégique		
12	Axe d'intervention		
13	Domaine		
14	Sous Domaine		
15	Cible		
16	Niveau Administratif		
17	Niveau de Soins		
18	Région		
19	District		
20	Catégorie Coût		
21	Année		
22	Montant		
23	Niveau d'exécution		
24	Type financement		
25	Type d'Opération		
26	Clé de répartition		
27	Devise		



## Annexe 6 : Liste de 25 entités ciblées et présentation de l'évolution du taux de complétude

ENTITES & PERIODE PRIORITAIRE		Budget			Dépenses	
Statut	ENTITES CIBLES	2023	2024	2025	2021	2022
v	BAD					
v	Banque mondiale					
v	BID					
v	BMGF					
v	Canada					
v	Chine					
x	Danemark					
v	Famille Royale_Emirats Arabes					
v	Fonds mondial					
v	France					
v	Gavi					
v	Institutions de l'UE					
v	Italie					
v	Japon					
v	L.A.D					
v	OMS					
v	ONUSIDA					
v	PAM					
v	Pays-Bas					
x	PNUD					
v	Suède					
v	UNFPA					
v	UNICEF					
x	UNITAID					
v	USAID					
	Mq	3	5	7	4	5
	Taux de complétude	88%	80%	72%	84%	80%



Synthèse graphique du taux de complétude



## Annexe 7 : Liste des 44 acteurs de financement et leur nombre de partenaires d'exécution

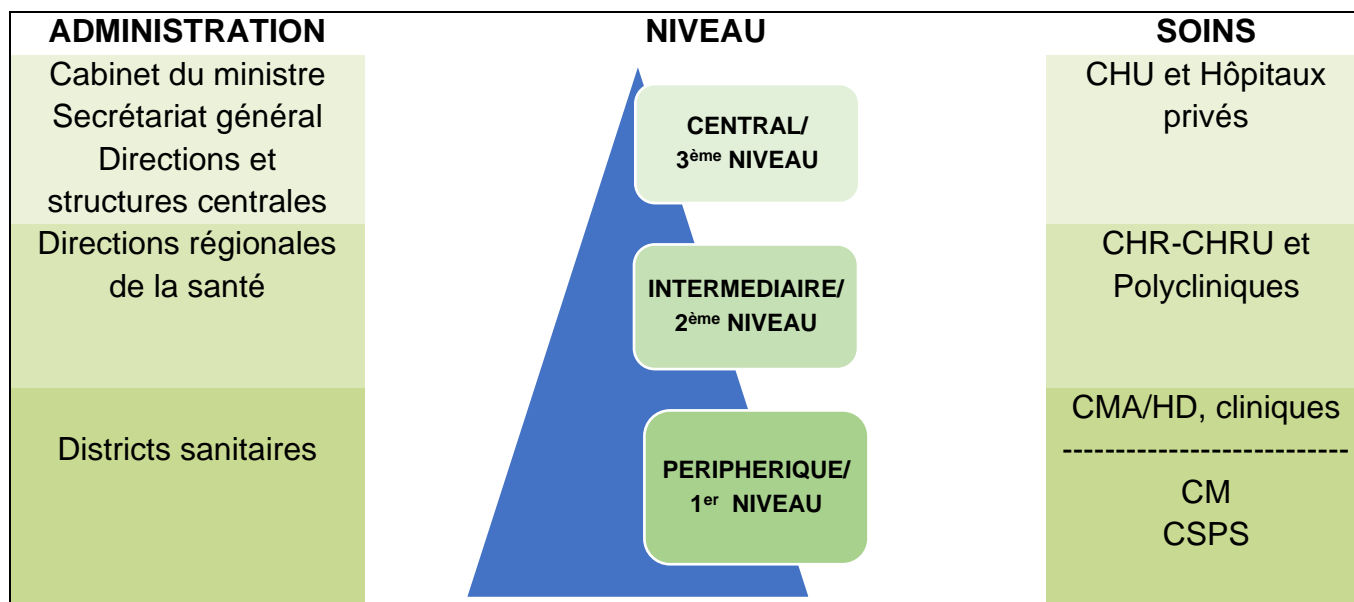
#	Source de Financement	Nombre de PE
1	BMGF	89
2	France / AFD	37
3	USAID	20
4	Institutions de l'UE	14
5	UNFPA	14
6	ONUSIDA	12
7	Canada	10
8	CERF	8
9	PAM	8
10	Pays-Bas	8
11	Banque mondiale	7
12	Italie / AICS	7
13	Luxembourg	5
14	Gavi	4
15	OMS	4
16	Suède	4
17	UNICEF	4
18	Allemagne	3
19	Fonds mondial	3
20	Amplify Change	2
21	BAD	2
22	ELMA	2
23	Enabel	2
24	Japon	2
25	L.A.D	2
26	Medecins du monde	2
27	PNUD	2
28	Start Fund	2
29	Autriche	1
30	BADEA	1
31	BID	1
32	BOAD	1
33	CDC Atlanta	1
34	Chine	1
35	Danemark	1
36	Deutsche Bank S.A.E	1
37	EIB	1
38	Famille Royale_Emirats Arabes Unis	1
39	International Rescue Committee	1
40	Qatar	1
41	Société Générale & ING Belgique	1
42	Stichting Vluchteling	1
43	UNITAID	1
44	UNOPS	1



## Annexe 8 : Entités regroupées dans « Autres »

Entité	Budget en FCFA	Contribution / total
UNOPS	1 800 000 000	0,258%
International Rescue Committee	1 348 376 383	0,193%
Médecins du monde	498 616 416	0,071%
Enabel	390 567 968	0,056%
OMS	280 209 980	0,040%
ELMA	139 612 596	0,020%
ONUSIDA	36 496 140	0,005%
Luxembourg	12 165 380	0,002%
<b>Total Autres</b>	<b>4 506 044 864</b>	<b>0,65%</b>

## Annexe 9 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso



Pyramide sanitaire du Burkina Faso (source PNDS 2021-2030)