

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

DIRECTION GÉNÉRALE DES
ÉTUDES ET DES STATISTIQUES
SECTORIELLES



BURKINA FASO

La Patrie ou la Mort, nous Vaincrons

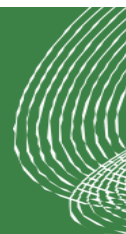
CARTOGRAPHIE DYNAMIQUE DES RESSOURCES ET ANALYSE DES GAPS DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2021-2030

Rapport 2024





Mot de Monsieur le Ministre de la Santé



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 troisième exercice de la cartographie dynamique des ressources après celui de 2022 et celui de 2023, 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 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 2024 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.

Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU

Officier de l'Ordre de l'Étalon

Table de matières

Remerciements	5
Liste des tableaux et figures	6
Sigles et abréviations	7
Définitions opérationnelles.....	8
Résumé exécutif	9
Introduction	10
1. Contexte et justification.....	11
2. Méthodologie.....	13
2.1. Processus de réalisation de la cartographie des ressources	13
2.2. Défis et contraintes rencontrés	15
2.3. Considérations éthiques	15
3. Résultats de la cartographie	16
A. Situation des données collectées.....	16
B. Évolution et répartition des dépenses en santé 2022-2023	17
3.1. Évolution globale des dépenses en santé et des taux d'exécution 2022-2023	17
3.2. Dépenses par type d'organisation et par acteur (PTF)	19
3.3. Dépenses par domaine d'intervention et par catégorie de coût	20
3.4. Dépenses par niveau administratif et par localité.....	21
3.5. Dépenses par programme budgétaire et articulation du PNDS	22
C. Évolution et répartition des ressources en santé 2024-2026.....	23
3.6. Évolution et répartition des ressources par acteur de financement	23
3.7. Évolution et répartition des ressources selon les priorités nationales	25
3.8. Analyse de l'équité dans la distribution des ressources	27
3.8.1. Allocation des ressources par niveau de la pyramide sanitaire.....	27
3.8.2. Allocation des ressources selon les localités et populations	28
3.9. Évolution et répartition des ressources par domaine et catégorie de coûts	30
D. Analyse des gaps de financement de la période 2024-2026	32
E. Analyses des domaines d'intérêt prioritaires du système national de santé	34
3.10. Analyse sur les Soins de Santé Primaires (SSP)	35
3.11. Analyse sur la Santé Communautaire (SC).....	36
3.12. Analyse sur la SRMNEA-N	38
3.12.1. Santé reproductive et santé maternelle	40
3.12.2. Santé néonatale et infantile.....	41
3.12.3. Nutrition	42
3.13. Analyse sur les principales pathologies	45
3.13.1. Paludisme	45
3.13.2. VIH/SIDA et IST.....	47
3.13.3. Tuberculose	49

3.13.4.	Maladies non transmissibles (MNT)	50
3.13.5.	Maladies tropicales négligées (MTN)	51
3.13.6.	COVID-19 et épidémies	52
3.14.	Analyse du Renforcement du Système de Santé (RSS)	52
4.	Suivi de l'institutionnalisation.....	54
4.1.	Piliers et matrice d'institutionnalisation de la cartographie des ressources	54
4.2.	Résultats de l'évaluation du niveau d'institutionnalisation.....	56
5.	Recommandations phares	57
5.1.	Recommandations liées au processus de la cartographie	57
5.2.	Recommandations liées aux résultats de la cartographie	57
	Conclusion.....	58
	Annexes	59
	Annexe 1 : Équipe de rédaction du rapport de la cartographie des ressources.....	59
	Annexe 2 : Sources des données de la cartographie des ressources	60
	Annexe 3 : Liste de 30 entités ciblées et taux de complétude annuelle des données	61
	Annexe 4 : Liste des 40 PTF de cette 3e édition de la cartographie des ressources	62
	Annexe 5 : Description de l'approche « un plan, un budget, un rapport »	63
	Annexe 6 : Ressources SSP 2024-2026 par habitant par district sanitaire par an	63

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude à l'ONG Clinton Health Access Initiative (CHAI), à la Banque mondiale et au Mécanisme de financement mondial (GFF), pour leur précieux soutien dans la réalisation de la troisième édition de la cartographie des ressources du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, et particulièrement leurs points focaux respectifs, pour leur engagement dans le renseignement de l'outil de cartographie et pour leurs différents appuis. Leur intérêt constant, leur engagement et leur collaboration active ont été déterminants tout au long de la réalisation de la présente édition de la cartographie dynamique des ressources.

Notre reconnaissance va aussi à l'endroit du Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), et du Ministère des Affaires Étrangères, 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 (MS) exprime sa profonde reconnaissance à l'ensemble de ses collaborateurs, tous rangs, titres et grades confondus, pour leur contribution collective à la réussite de cette troisième édition de la cartographie.

Nous espérons que ce rapport contribuera à renforcer la réponse nationale aux défis de santé publique, dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2030, en suivant l'approche « un plan, un budget, un rapport ».



GLOBAL
FINANCING
FACILITY



BANQUE MONDIALE

Liste des tableaux et figures

Tableau 1. : Plan d'analyses principales des données de la cartographie.....	14
Tableau 2. : Gap global de financement du PATG 2024-2026	32
Tableau 3. : Synthèse des gaps de financement du PATG par programme, OS, et niveau administratif.....	33
Tableau 4. : Synthèse des gaps de financement par domaine prioritaire du système de santé	34
Tableau 5. : Financement RSS 2024-2026.....	53
Figure 1 : Ancrage stratégique de l'exercice de cartographie des ressources	12
Figure 2 : Processus d'élaboration de la cartographie dynamique des ressources du PNDS 2021-2030.....	13
Encadré 1: Défis et contraintes de la cartographie des ressources édition 2024	15
Figure 4 : Evolution et types de financement des dépenses de santé (2022-2023)	17
Figure 5 : Taux d'exécution financière des ressources sanitaires (2022-2023).....	18
Figure 6 : Taux d'exécution financière des ressources sanitaires étatiques (2022-2023)	18
Figure 7 : Répartition des dépenses par type d'organisation (2022-2023).....	19
Figure 8 : Répartition des dépenses par domaines et catégories de coûts (2022-2023)	20
Figure 9 : Répartition des dépenses par niveau administratif (2022-2023).....	21
Figure 10 : Répartition des dépenses par habitant (2022-2023).....	21
Figure 11 : Répartition dépenses par programme budgétaire et orientation stratégique (2022-2023)	22
Figure 12 : Evolution et répartition des ressources en santé par type de financement (2024-2026)	23
Figure 13 : Répartition des ressources 2024-2026 par PTF (bailleurs)	24
Figure 14 : Répartition des ressources 2024-2026 par programme budgétaire	25
Figure 15 : Répartition des ressources 2024-2026 par orientation stratégique du PNDS	26
Figure 16 : Répartition des ressources 2024-2026 par niveau administratif et niveau de soins.....	27
Figure 17 : Répartition régionale des ressources 2024-2026 par région et des ressources par habitant.....	28
Figure 18 : Répartition régionale des ressources 2024-2026 par région et des ressources par habitant.....	29
Figure 19 : Répartition régionale des ressources 2024-2026 par domaine d'intervention clé	30
Figure 20 : Répartition régionale des ressources 2024-2026 par catégorie de coûts.....	31
Figure 21 : Evolution annuelle du gap de financement du PATG 2024-2026	32
Figure 22 : Part annuelle des SSP dans les ressources totales et contribution par acteur (2022-2026).....	35
Figure 23 : Gaps annuels de financement des SSP selon le PATG 2024-2026.....	36
Figure 24 : Evolution du financement de la santé communautaire 2022-2026	37
Figure 25 : Répartition du financement SC par habitant.....	37
Figure 26 : Gaps annuels de financement de la santé communautaire selon la SNSC 24-28	38
Figure 27 : Evolution du financement de la SRMNEA-N 2022-2026 par source de financement	39
Figure 28 : Répartition des ressources SRMNEA-N 2024-2026 par PTF (bailleurs)	39
Figure 29 : Répartition des ressources de santé reproductive 2024-2026 par région et par cible	40
Figure 30 : Répartition des ressources de santé maternelle 2024-2026 par région et par cible.....	41
Figure 31 : Répartition des ressources de santé néonatale et infantile 2024-2026 par région et cible	42
Figure 32 : Equité dans la répartition des ressources de la nutrition 2022-2024 par région et cible.....	43
Figure 33 : Gaps annuels de financement de la nutrition selon le PS multisectoriel nutrition	44
Figure 34 : Evolution du financement du paludisme de 2022-2026	45
Figure 35 : Catégories de coûts du financement du paludisme 2024-2026.....	45
Figure 36 : Répartition régionale des dépenses/hbt (2022) vs. taux de létalité du paludisme (2023)	46
Figure 37 : Gaps de financement du paludisme 2024-2026 selon le PSN Paludisme révisé	46
Figure 38 : Evolution du financement du VIH/SIDA et IST de 2022-2026.....	47
Figure 39 : Répartition régionale des dépenses 2023 et des ressources 2024 vs. files actives annuelles.....	47
Figure 40 : Répartition régionale des ressources 2025-2026 vs. files actives annuelles	48
Figure 41 : Gaps de financement du VIH/SIDA et IST selon le PATG 2024-2026	48
Figure 42 : Evolution du financement de la tuberculose de 2022-2026.....	49
Figure 43 : Dépenses TB vs. Cas TB par région 2023.....	49
Figure 44 : Gaps de financement de la Tuberculose sur la période 2024-2026	49
Figure 45 : Evolution du financement des MNT 2022-2026	50
Figure 47 : Gap de financement des MNT 2024-2026.....	50
Figure 46 : Financement des MNT 2024-2026 par sous-domaine	50
Figure 48 : Dépenses de MTN 2022-2023.....	51
Figure 49 : Financement MTN 2024-2026	51
Figure 50 : Gap de financement MTN 24-26.....	51
Figure 51 : Evolution du financement COVID-19 & épidémies de 2022-2026.....	52
Figure 52 : Evolution du financement RSS 2022-2026	53
Figure 53 : Les 6 piliers de l'institutionnalisation de l'exercice de cartographie des ressources	55
Figure 54 : Score d'institutionnalisation 2023 de l'exercice de cartographie des ressources	56

Sigles et abréviations

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

Définitions opérationnelles



- ▶ **Acteurs de mise en œuvre** : acteurs qui délivrent des services en lien avec la santé. Ils sont aussi désignés par partenaires d'exécution ou partenaires d'implémentation. 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.
- ▶ **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.
- ▶ **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.
- ▶ **Intervention** : action ou ensemble organisé d'actions (politique, programme, projet) visant à résoudre ou améliorer une situation jugée problématique.
- ▶ **Intervenants** : organismes participants à la réalisation des interventions. Il s'agit à la fois des sources de financement et des acteurs de mise en œuvre.
- ▶ **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.
- ▶ **Sources de financement** : institutions finançant les interventions. Celles-ci regroupent, sans être exhaustif, l'État, les collectivités territoriales, les partenaires techniques et financiers (bailleurs et donateurs), les ménages, le secteur privé, etc.
- ▶ **Type de financement** : désigne la responsabilité finale du financement. Ainsi un financement obtenu auprès d'un PTF sous forme de dette est catégorisé dans le type de financement « Etat ». En revanche les financements sous forme de subventions/dons sont du type « PTF ».
- ▶ **Type d'organisation** : catégorise les financements selon la nature de la source de financement : Agences des Nations Unies, Bilatéral, Multilatéral, Financement étatique, ONG/Fondations, Ménages et secteur privé.

Résumé exécutif

- La réalisation de cette troisième édition de la cartographie dynamique des ressources du secteur de la santé par le Ministère de la Santé entre dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2030. Cette cartographie consiste à la collecte, la consolidation, l'analyse et à la visualisation de toutes les interventions de l'ensemble des acteurs du système de santé à savoir l'État, les PTF, le secteur privé et les ménages sur la période 2022-2026. Elle permet d'examiner la distribution des ressources et des dépenses selon les sources de financement, les niveaux d'exécution, les catégories de coûts et les domaines prioritaires du PNDS, tout en identifiant les gaps financiers. Les analyses se concentrent sur les dépenses pour la période rétrospective de 2022-2023 et les ressources planifiées pour la période prospective de 2024-2026.
- Les données et résultats de la cartographie dynamique des ressources fournissent une base solide pour des décisions éclairées en matière de planification, de budgétisation, de données probantes pour la mobilisation ou la réaffectation des ressources, en vue d'assurer l'équité, l'efficacité, la transparence et la redevabilité du système de santé. Cela contribue à entreprendre des actions stratégiques et opérationnelles objectives pour un système de santé plus équitable, résilient et performant, garantissant un meilleur accès aux soins pour toutes les populations.
- Des recommandations spécifiques sont formulées visant non seulement à engager des actions précises sur la base des résultats (synthétisés ci-contre) mais aussi pour assurer l'amélioration continue et l'institutionnalisation complète du processus de cartographie dynamique des ressources : renforcer la plateforme digitale, engager l'initiative d'harmonisation du suivi des ressources en santé (SRS) et assurer le renforcement continu des capacités des acteurs impliqués.

Résultats clés CRSD 2024

- **Sources de financement** : sur la période 2024-2026, plus de 2 295 milliards de FCFA sont alloués au système de santé. L'État est le principal contributeur avec une part se situant à 45%. La contribution des PTF est de 27%, celle des ménages est de 24% et celle du secteur privé est de 4%.
- **Niveau administratif** : sur la période 2024-2026, le niveau central capte 10% des ressources totales. Le niveau intermédiaire ou régional reçoit 29% des ressources. Quant au niveau opérationnel ou district sanitaire, il enregistre 61% des ressources totales de la période.
- **Répartition régionale** : sur la période 2024-2026, les régions du Sud-Ouest (42 581 FCFA), des Hauts-Bassins (33 625 FCFA) et du Centre (30 502 FCFA) enregistrent presque 2 fois plus de ressources/habitant que l'Est (25 159 FCFA), le Plateau Central (25 567 FCFA), et les Cascades (25 888 FCFA).
- **Dépenses en santé et taux d'exécution** : avec un taux d'exécution moyen de 86%, les dépenses en santé qui s'élèvent à 1 628 milliards de FCFA pour la période 2022-2023, ont crû de 7% entre les deux années.
- **Gaps de financement** :
 - **-169 milliards de FCFA** de gaps de financement pour le PATG 2024-2026
 - **La quasi-totalité des domaines prioritaires présente des déficits de financement** appelant non seulement à des efforts de mobilisation de ressources additionnelles mais aussi et surtout à une meilleure planification, allocation et gestion des ressources disponibles.

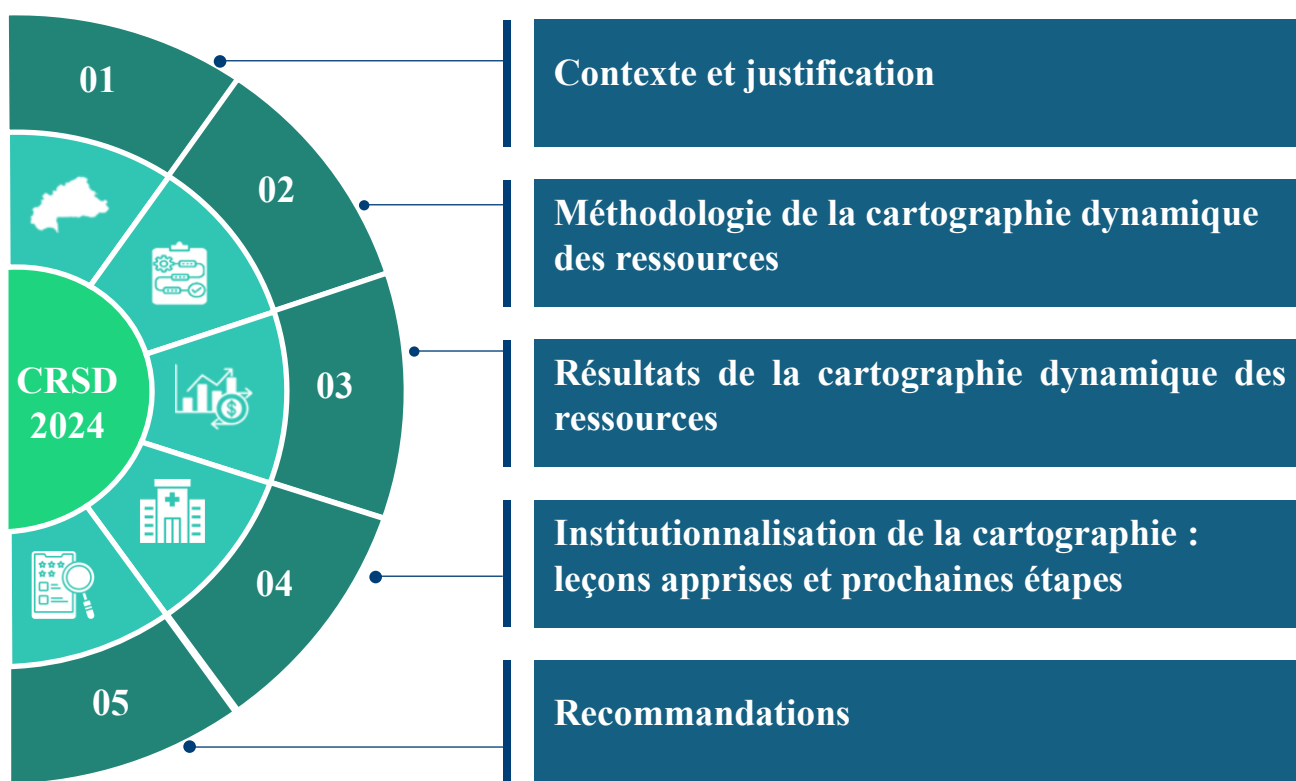
Introduction

Le Burkina Faso, à travers le Ministère de la Santé (MS), a mis en place une cartographie dynamique des ressources dédiées au secteur de la santé dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030. Cette initiative s'inscrit dans une approche intégrée visant à consolider la planification, la gestion budgétaire et le suivi des résultats : “un plan”, “un budget”, “un rapport” (voir annexe 5). À travers la réalisation de cette troisième édition de la cartographie des ressources en 2024, cet outil essentiel contribue à améliorer la transparence et l'efficacité dans l'allocation des ressources, tout en favorisant l'équité et la performance du système de santé pour avancer vers la couverture sanitaire universelle (CSU).

La démarche de la cartographie repose sur deux volets fondamentaux. Le premier volet qui est prospectif consiste à inventorier les programmes et les financements envisagés pour les trois années à venir. Le second volet qui est rétrospectif analyse les dépenses réalisées au cours des deux années précédentes, offrant ainsi une vue complète des flux financiers et des interventions dans le secteur de la santé. Cette cartographie vise à renforcer la coordination entre les différents acteurs, en alignant leurs actions sur les priorités nationales pour garantir des services de santé intégrés et équitables dans toutes les régions du pays. En pleine institutionnalisation comme un outil stratégique d'aide à la décision, la cartographie soutient la planification budgétaire et la priorisation des besoins identifiés dans le PNDS. Ce plan cadre est décliné en une Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) couvrant la période 2021-2025, et un Plan d'Actions Triennal Glissant (PATG) couvrant 2024-2026. Les résultats obtenus permettent d'évaluer les ressources mobilisées, de détecter les déficits de financement et de suivre l'utilisation des fonds alloués au secteur de la santé.

L'adoption de cette cartographie par les parties prenantes, qu'il s'agisse des décideurs publics, des partenaires techniques et financiers ou des acteurs locaux, revêt une importance capitale. Elle facilite non seulement une répartition plus équitable des ressources, mais aussi une prise de décision basée sur des données factuelles. En s'appuyant sur cet outil, le Ministère de la Santé consolide ses efforts pour harmoniser les interventions et maximiser leur impact au bénéfice des populations.

Les travaux menés en 2024 ont permis de produire ce rapport, qui met en lumière les aspects clés de l'exercice et les enseignements tirés pour les prochaines étapes.



1. Contexte et justification

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 représente une ambition majeure et un chemin tracé en vue d'améliorer la santé des populations au Burkina Faso. Ce document stratégique offre un cadre unifié et consensuel qui rassemble tous les acteurs du secteur de la santé. Il vise à renforcer la coordination de l'ensemble des parties prenantes du secteur de la santé à travers l'harmonisation et à l'alignement des interventions.

L'approche retenue son élaboration, « un plan, un budget, un rapport », garantit une planification commune et cohérente, traduite en plans stratégiques triennaux et annuels budgétisés, avec un suivi basé sur des indicateurs partagés.

Le PNDS 2021-2030 (voir encadré ci-dessous) est structuré autour de 5 orientations stratégiques clés et 32 axes d'interventions. Elle repose sur deux cycles quinquennaux, complétés par des plans triennaux glissants et des plans de travail annuels. Cependant, l'évaluation de l'ancien PNDS (2011-2020) a révélé une fragmentation et une inefficacité des actions dans le secteur sanitaire. Pour y remédier, un outil innovant a été introduit lors de l'élaboration du nouveau référentiel sanitaire en 2021 : la cartographie dynamique des ressources. Cet outil permet d'identifier les dynamiques et écarts de financement, de suivre la mobilisation des fonds et d'optimiser leur gestion. Il favorise aussi l'équité, la transparence et l'efficacité dans l'allocation des ressources tout en renforçant le leadership du gouvernement qui est de plus en plus positionné comme superviseur et gestionnaire central des ressources du système de santé.

La cartographie des ressources offre une vue globale des interventions et du financement de l'État, des partenaires et des autres parties prenantes clés du secteur de la santé sur un horizon de 3 à 5 ans, voire plus. Elle se distingue en intégrant ces données dans une perspective holistique, complémentaire aux analyses des comptes de santé et aux bilans des plans d'action consolidés. Ce dispositif joue un rôle clé dans l'optimisation des ressources et dans la réalisation des objectifs sanitaires nationaux.

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.

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 ?

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.

L'exercice de cartographie des ressources est bâti sur un ancrage institutionnel et stratégique fort allant des ODD des Nations Unies au PNDS 2021-2030.

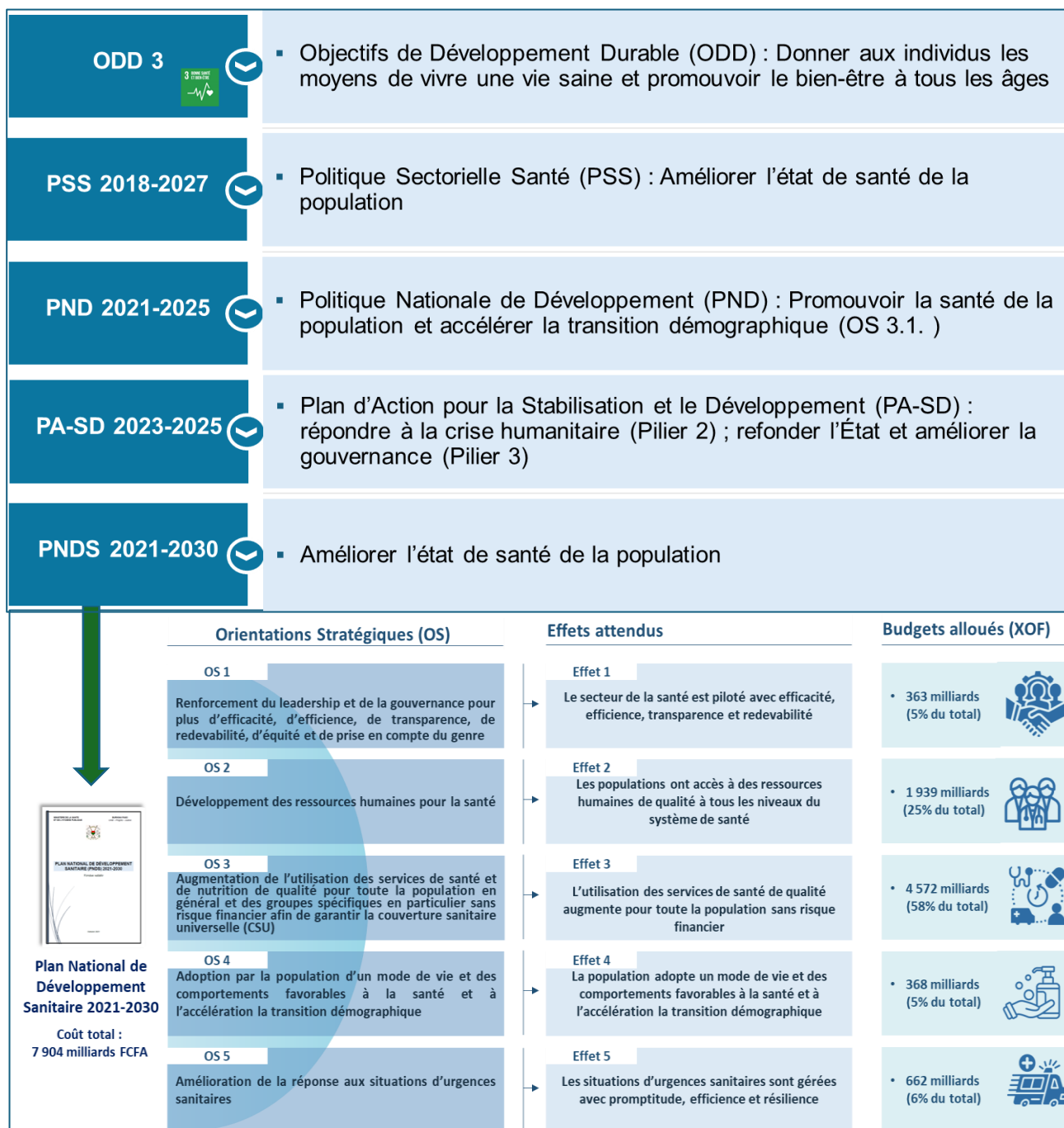


Figure 1 : Ancrage stratégique de l'exercice de cartographie des ressources

2. Méthodologie

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 (2024-2026) et dépensés (2022-2023).

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 permet d'aborder efficacement les principales questions de l'exercice et de répondre aux objectifs visés.

2.1. Processus de réalisation de la cartographie des ressources

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

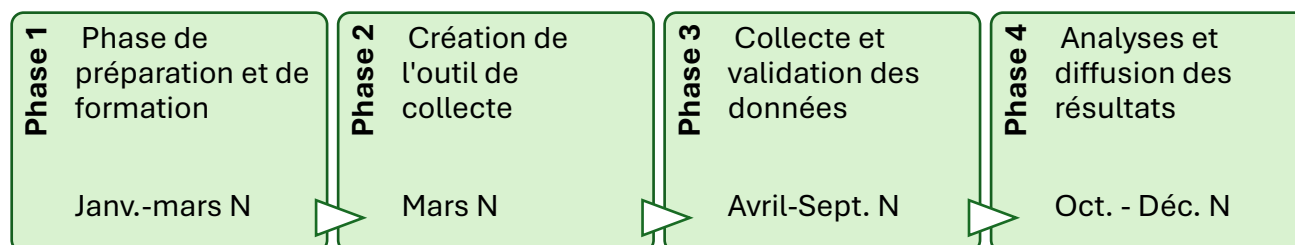


Figure 2 : Processus d'élaboration de la cartographie dynamique des ressources du PNDS 2021-2030

- **Phase 1 – Phase préparatoire** : cette phase initiale permet de poser les bases du cycle de cartographie. Elle inclut d'une part les réunions d'orientation pour assurer une compréhension commune du processus, les analyses documentaires et l'identification des flux financiers. De plus, au cours de cette phase préparatoire, le comité technique de la cartographie procède au développement et à la mise à jour des modules de formation et à l'administration de ces formations aux acteurs.
- **Phase 2 – Création et validation de l'outil de collecte et des critères de données** : cette étape balise le terrain pour une collecte de données plus précise et complète. Au cours de cette phase, les critères et catégories de données à collecter sont identifiés et intégrés au formulaire digital de collecte de données¹. Cette intégration des éléments à collecter se fait de manière participative et prend en compte les recommandations issues de l'édition précédente de CRSD.
- **Phase 3 – Collecte et validation des données** : cette phase constitue l'une des étapes clés du processus de CRSD. Elle consiste à organiser et à superviser la collecte de données auprès de l'ensemble des parties prenantes (Etat, projets et programmes de développement, PTF). Elle consiste également à assurer le contrôle de la qualité des données soumises quitte à les revalider individuellement auprès de chaque acteur. Les sources des différentes données alimentant la cartographie des ressources sont listées en annexe 2. Par ailleurs, des clés de répartition sont

¹ Le formulaire digital de collecte de données, intégré à la plateforme de la CRSD (<https://www.cartographie-projets.sante.gov.bf/>), se compose de deux espaces : un formulaire agrégé destiné aux bailleurs et un formulaire détaillé permettant aux acteurs d'implémentation de préciser la mise en œuvre des interventions renseignées par les bailleurs.

définies et intégrées à la plateforme de collecte de données. Ces clés ne sont utilisées que lorsque l'acteur manque de visibilité pour une désagrégation optimale des données.

- **Phase 4 – Analyse des données et diffusion des résultats préliminaires** : cette étape finale consiste à procéder conformément au plan d'analyse à des analyses préliminaires et finales des données validées de la CRSD. Ces analyses finales sont consignées dans un rapport final qui est disséminé auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé.

Le plan d'analyse établi lors de la présente édition de cartographie est décrit ci-dessous :

Tableau 1. : Plan d'analyses principales des données de la cartographie

Thématiques	Principaux critères d'analyses
1. Analyse des dépenses en santé et des taux d'exécution réalisés (2022-2023)	1.1 Analyse de l'évolution annuelle des dépenses en santé et des taux d'exécution correspondants
	1.2 Analyse de la répartition des dépenses en santé par type de financement, source de financement, programme budgétaire
	1.3 Analyse de la répartition des dépenses en santé par orientation stratégique, et par axe d'intervention du PNDS 2021-2030
	1.4 Analyse de la répartition des dépenses en santé par domaine d'intervention, catégorie de coûts, niveau de soins
	1.5 Analyse de la répartition géographique des dépenses en santé
2. Analyse de l'évolution et la répartition des ressources en santé (2024-2026)	2.1 Analyse de l'évolution annuelle des ressources en santé
	2.2 Analyse de la répartition des ressources en santé par type de financement, source de financement, programme budgétaire
	2.3 Analyse de la répartition des ressources en santé par orientation stratégique, et par axe d'intervention du PNDS 2021-2030
	2.4 Analyse de la répartition des ressources en santé par domaine d'intervention, catégorie de coûts, niveau de soins
	2.5 Analyse de la répartition géographique des ressources en santé
3. Analyse des gaps de financement	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
4. Analyses portant sur des domaines spécifiques	4.1 Analyse Santé Communautaire (SC)
	4.2 Analyse SRMNEA-N
	4.3 Analyse Soins de Santé primaires (SSP) & Renforcement du Système de Santé (RSS)
	4.3 Analyse de quelques pathologies clés

2.2.Défis et contraintes rencontrés

La cartographie dynamique des ressources dans le secteur de la santé a obtenu des résultats positifs grâce à l'activation de différents leviers, notamment l'engagement actif et la mobilisation proactive de l'équipe dédiée, ainsi que l'utilisation d'une plateforme numérique facilitant la collecte des données. Cependant, plusieurs contraintes ont freiné l'atteinte complète des objectifs initialement fixés, obligeant l'équipe à ajuster continuellement ses actions. Ces obstacles ont affecté non seulement l'ensemble du processus, mais également certaines étapes spécifiques. Les principaux défis et limites rencontrés lors de cette édition de la cartographie des ressources sont présentés dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 1 : Défis et contraintes de la cartographie des ressources édition 2024

- La non-disponibilité des données annuelles suffisamment désagrégées en termes de budgets et de dépenses pour certains PTF pour la période d'analyse (2022-2026) ;
- La faible désagrégation des données de certains 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 géographiques (région et district), les niveaux de soins ;
- L'instabilité de la plateforme digitale de collecte pendant la collecte de données ;
- La lente réactivité de certains PTF et responsables de 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).

2.3.Considérations éthiques

La cartographie dynamique des ressources, réalisée par le MS en collaboration avec l'ONG CHAI, s'inscrit 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. Cette initiative a permis de collecter un ensemble d'informations programmatiques et financières auprès de l'État, des projets et programmes de développement, ainsi que des partenaires techniques et financiers (PTF).

En préparation du processus de collecte des données, une correspondance officielle détaillant les objectifs et les différentes étapes de l'exercice a été adressée aux acteurs clés du système de santé burkinabè, y compris aux PTF via leur chef de file, l'UNICEF. Étant donné la sensibilité de certaines données recueillies, l'équipe de la cartographie a strictement respecté les conditions de confidentialité tout au long du processus. Toutes les informations collectées ont été traitées avec la plus grande discrétion et n'ont été ni divulguées, ni partagées, ni utilisées à des fins autres que celles prévues dans le cadre de cet exercice.

3. Résultats de la cartographie

La cartographie des ressources dans le secteur de la santé au Burkina Faso fournit une analyse détaillée qui éclaire les décisions et oriente les actions des différentes parties prenantes. Grâce à l'examen approfondi des données programmatiques et financières collectées auprès des acteurs concernés, l'équipe de la cartographie a pu dégager des tendances significatives ainsi que des priorités émergentes.

Ces analyses mettent en lumière la répartition des ressources et le niveau des dépenses selon des critères spécifiques, tels que les domaines programmatiques, les niveaux de soins, les zones géographiques et les catégories de coûts. Elles jouent un rôle clé dans l'évaluation de l'adéquation entre les allocations budgétaires et les besoins prioritaires du secteur, tout en permettant d'analyser l'équité et l'efficacité des interventions. En identifiant les lacunes existantes, elles ouvrent la voie à des recommandations stratégiques visant une gestion plus efficiente des ressources disponibles.

Cette compréhension approfondie des ressources offre aux décideurs la possibilité d'élaborer des plans stratégiques et opérationnels plus ciblés, adaptés aux besoins évolutifs du secteur de la santé. Par ailleurs, elle renforce la capacité du système à anticiper et à répondre de manière proactive aux défis émergents. En définitive, l'approche analytique adoptée constitue une base solide pour orienter la planification, la prise de décisions fondées sur des données probantes, ainsi que l'allocation ou la réaffectation optimale des ressources, afin de maximiser les résultats dans le domaine de la santé au Burkina Faso.

A. Situation des données collectées

Les données collectées dans le cadre de la présente édition de cartographie des ressources proviennent de diverses sources comme mentionné dans la méthodologie. Il s'agit notamment de l'État, des projets et programmes de développement, des partenaires techniques et financiers et leurs acteurs d'implémentation. Ces données sont complétées par les données des ménages et du secteur privé à travers des estimations et projections statistiques à partir des données des comptes de santé (DGESS), et de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) réalisée par l'INSD² ainsi que le Plan stratégique de développement du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)³.

A l'issue de l'exercice de cartographie 2024, les taux de complétude suivants sont obtenus pour l'État et des 30 PTF ciblés (contre 25 en 2023)⁴ :

100%

Taux de complétude de la collecte des données de l'Etat

93%

Taux de complétude de la collecte des données des PTF : 28 répondants sur les 30 ciblés représentant 95% du financement extérieur de la santé au Burkina Faso

NB : Le taux de réponse des PTF est en amélioration de 5%. Il est passé de 88% en 2023 à 93% pour cette édition. La liste des acteurs et les niveaux de complétude par année sont fournis en annexe. Par ailleurs, plusieurs projets majeurs du Ministère et des PTF prennent fin en 2024 entraînant une baisse de la visibilité sur les financements après 2025. Le démarrage du nouveau cycle budgétaire en 2025 offrira plus de visibilité sur les prévisions financières à venir.

² <https://nada.insd.bf/index.php/catalog/45>

³ <https://tinyurl.com/3ra4smw3>

⁴ Au démarrage de l'exercice de cartographie, 30 PTF ont été ciblés prioritairement parmi lesquels 28 ont fourni leurs données qui ont été désagrégées par leurs 152 partenaires d'exécutions (PE). En prenant en compte les PTF non ciblés au départ, la BDD de la cartographie contient les données de 40 PTF pour cette édition (voir annexe 4).

B. Évolution et répartition des dépenses en santé 2022-2023

L'analyse de l'évolution et la répartition des dépenses de santé permet de mieux comprendre l'utilisation concrète des ressources allouées et d'apporter une visibilité sur l'efficacité avec laquelle ces ressources sont transformées en actions tangibles. Cette analyse éclaire également la pertinence des décisions budgétaires finales réalisées et offre une vue d'ensemble détaillée et intégrée des flux financiers au sein du système de santé. Elle donne aux décideurs les outils nécessaires pour élaborer des politiques informées, aligner les interventions sur les priorités nationales, et garantir une gestion optimale et équitable des ressources. Ces efforts visent à atteindre des objectifs clés, tels que l'amélioration de la qualité des services de santé et la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Dans le présent rapport, cette analyse des dépenses de santé couvre la période 2022-2023, et s'accompagne d'une évaluation des taux d'exécution budgétaire. Elle dépasse ainsi le simple contrôle des dépenses pour offrir une perspective approfondie sur les tendances de financement de la santé ainsi que l'efficacité opérationnelle face aux défis sanitaires et financiers actuels.

3.1.Évolution globale des dépenses en santé et des taux d'exécution 2022-2023

Les dépenses de santé ont enregistré une augmentation globale de 7% entre 2022 et 2023, passant de 788 milliards à 840 milliards de FCFA. Cette évolution est principalement tirée par les ressources étatiques (fonds propres et prêts)⁵ qui passent de 208 milliards de FCFA à 277 milliards de FCFA soit une augmentation de 33,4%.

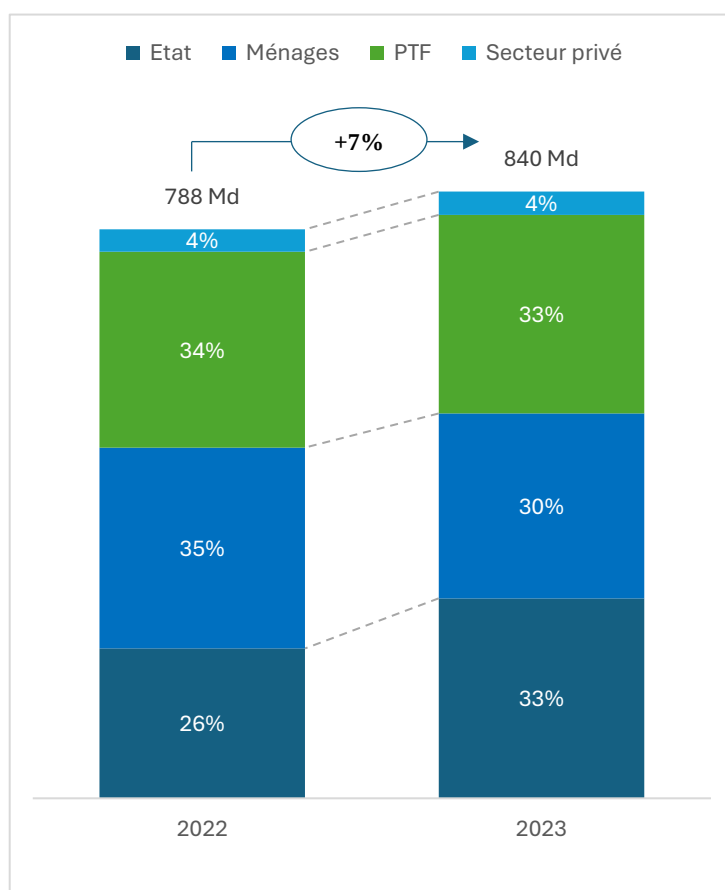


Figure 4 : Evolution et types de financement des dépenses de santé (2022-2023)

Cette dynamique reflète une volonté affichée et un engagement renforcé de l'État à mobiliser des ressources domestiques pour financer le secteur de la santé, contribuant à la réduction de la dépendance vis-à-vis des partenaires extérieurs de sorte à assurer une certaine pérennité dans le financement des priorités nationales de santé, alignées sur les objectifs stratégiques définis dans le cadre du PNDS.

Cela reste néanmoins un défi, en ce sens que la contribution des PTF notamment en termes de prêts (comptés comme financement étatique) reste tout de même important.

Par ailleurs, les paiements directs des ménages qui s'élèvent au tiers des dépenses totales de santé cachent des dépenses catastrophiques que les différentes parties prenantes devraient s'engager à adresser et cela de manière innovante pour renforcer la protection financière et assurer l'accessibilité des populations notamment les plus vulnérables aux soins de santé de qualité dans le pays.

⁵ Les fonds propres étatiques à eux-seuls ont augmenté de 13% entre 2022 et 2023 passant de 206 à 234 milliards de FCFA

L'analyse des taux d'exécution (TE) livre d'importantes informations sur l'écart existant entre les ressources financières allouées et les dépenses effectivement réalisées avec ces ressources.

Pour la période 2022-2023, les taux d'exécution s'élèvent globalement à 86% soit respectivement 83% en 2022 et 89% en 2023.

Selon le type de financement, l'on relève que les ressources étatiques n'ont été exécutées qu'à hauteur de 75% sur les deux années (soit 61% en 2022 et 89% en 2023) et les ressources des partenaires techniques et financiers à hauteur de 85% (soit 91% en 2022 et 80% en 2023).

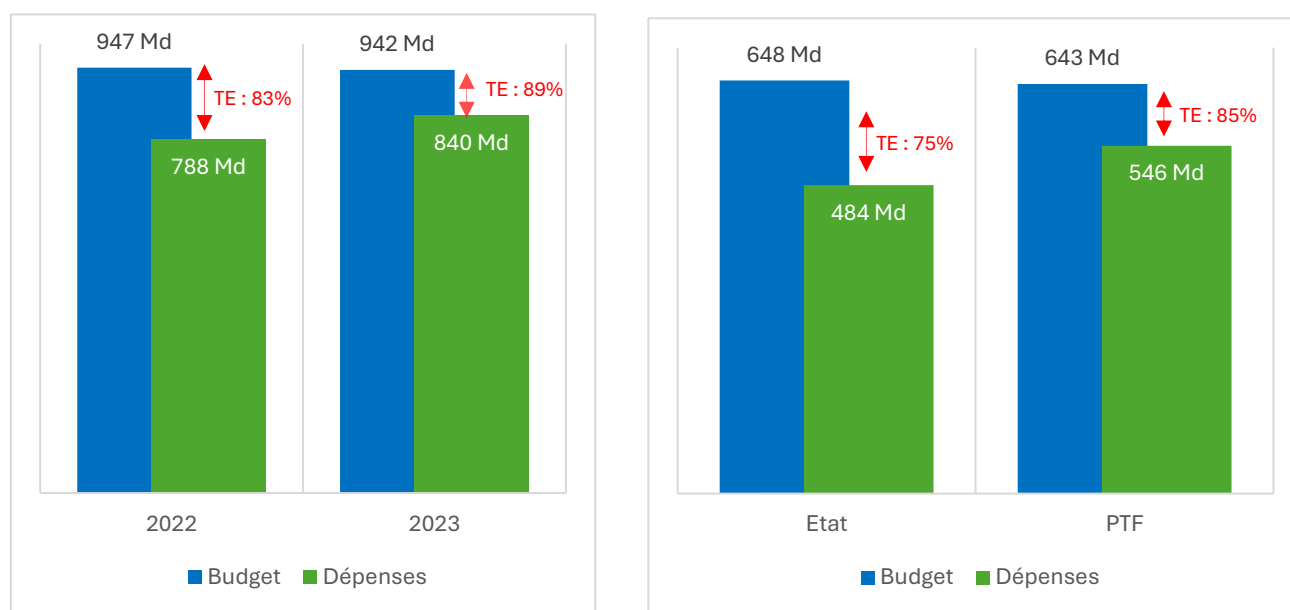


Figure 5 : Taux d'exécution financière des ressources sanitaires (2022-2023)

Les faibles taux constatés au niveau étatique sont non seulement imputables aux exécutions financières des ressources propres de l'État à savoir 79% sur les deux années (2022-2023) mais aussi et surtout de la non ou faible disponibilisation des ressources des prêts contractés par l'État dans le cadre de projets d'envergure tels les projets WASH financés par la BAD (2023), le projet de construction du centre de radiothérapie du CHU de Bobo-Dioulasso par l'Autriche en 2022, et le projet CHU Bassinko par la Deutsche Bank en 2022.

Les taux d'exécution des ressources classées dans la catégorie ressources étatiques sont présentés ci-dessous :

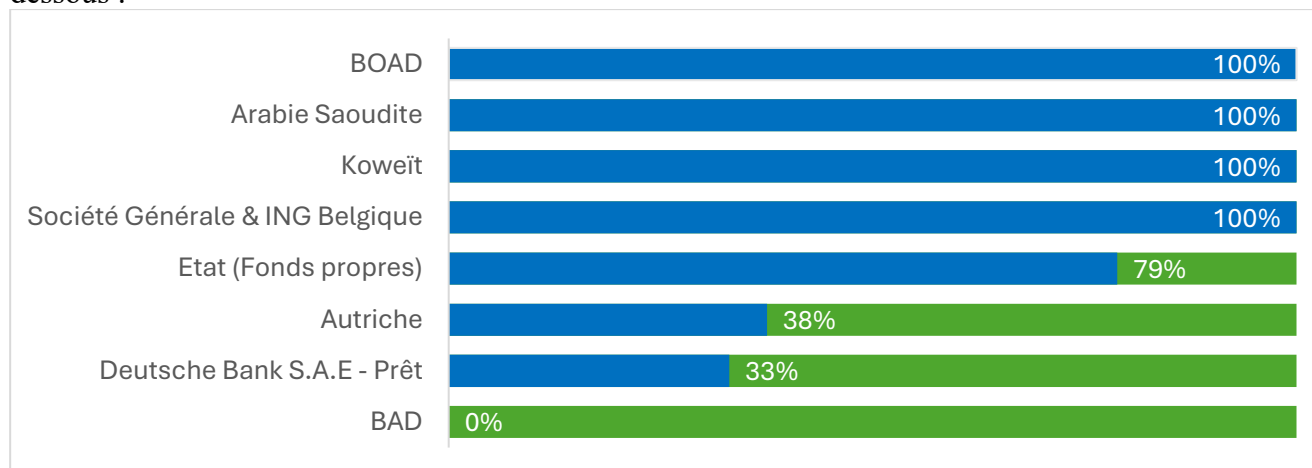


Figure 6 : Taux d'exécution financière des ressources sanitaires étatiques (2022-2023)

Globalement, ces taux d'exécution se situent dans les tendances des taux d'exécution observés dans les pays à faible revenu dont relève le Burkina Faso selon une étude de l'OMS et la Banque mondiale⁶. Ce constat interpelle et suggère une meilleure gestion budgétaire plus efficace au niveau de l'État mais aussi un respect des engagements du côté des partenaires prêteurs afin d'assurer une meilleure mise en œuvre des interventions au bénéfice des populations.

3.2. Dépenses par type d'organisation et par acteur (PTF)

L'analyse de la répartition des dépenses de santé réalisée au cours des deux dernières années par les différents partenaires techniques et financiers du système de santé au Burkina Faso offre un aperçu essentiel des interventions menées par ces acteurs clés. Leur contribution vient en soutien actif à l'agenda national de santé, avec pour objectif d'améliorer la santé de la population et cela de manière efficiente et équitable.

Sur la période 2022-2023, les PTF ont contribué à hauteur de 546 milliards de FCFA (soit 34% des dépenses totales de santé de la période). Comme dans certains contextes similaires, au Burkina Faso, il y a une concentration des dépenses de santé réalisées par les PTF. En effet, le top 10 des contributeurs représente 84% des dépenses de santé réalisées par l'ensemble des PTF au cours de la période. Sur ce Top 10, trois acteurs s'illustrent particulièrement à savoir le Fonds mondial (19%), l'USAID (17%), et l'UNICEF (10%) pour cette période. Ceux-ci constituent près de la moitié du financement (46%). Pour la période précédente de 2021-2022, le top 3 était constitué du Fonds mondial, de l'USAID et du PAM avec respectivement 23%, 20%, et 8% du volume de financement des PTF qui s'élevait à 437 milliards de FCFA au total.

Sur cette période de 2022-2023, le reste des acteurs qui enregistrent 211 milliards de FCFA est constitué de la Banque mondiale (8%), du PAM (8%), de la Chine (6%), de l'Union européenne (UE), de BMGF (5%), de GAVI (4%), et des Pays-Bas (2%).

Ci-dessous une répartition des dépenses 2022-2023 par type d'organisation

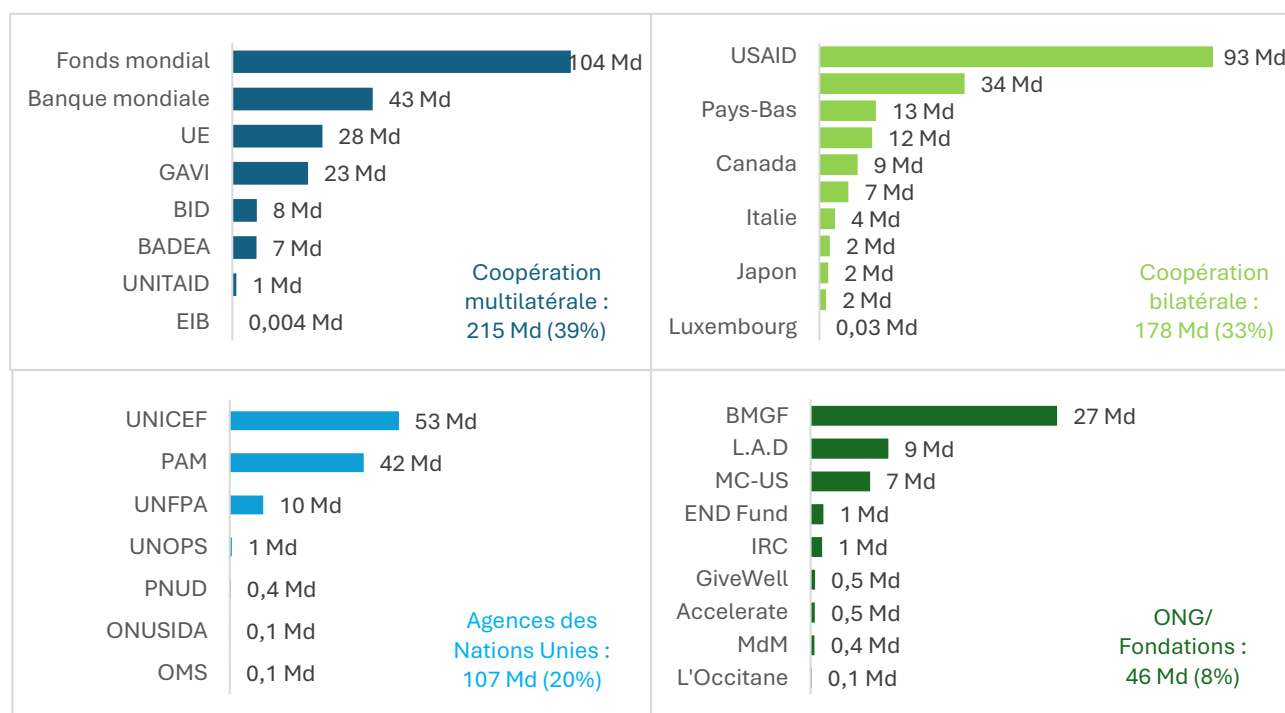


Figure 7 : Répartition des dépenses par type d'organisation (2022-2023)

⁶ <https://blogs.worldbank.org/en/health/dont-let-budget-fool-you?utm>

3.3.Dépenses par domaine d'intervention et par catégorie de coût

Entre 2022 et 2023, les dépenses de santé engagées par l'État et les partenaires techniques et financiers (PTF) ont été allouées à divers domaines d'intervention et catégories de coûts. L'examen de ces dépenses selon ces deux perspectives revêt une importance stratégique. D'une part, il permet d'identifier les domaines ayant bénéficié le plus des ressources de chaque acteur en lien avec les priorités nationales. D'autre part, il évalue si les dépenses effectuées selon les catégories de coûts permettront à termes d'atteindre les objectifs escomptés c'est-à-dire améliorer l'état de santé de la population.

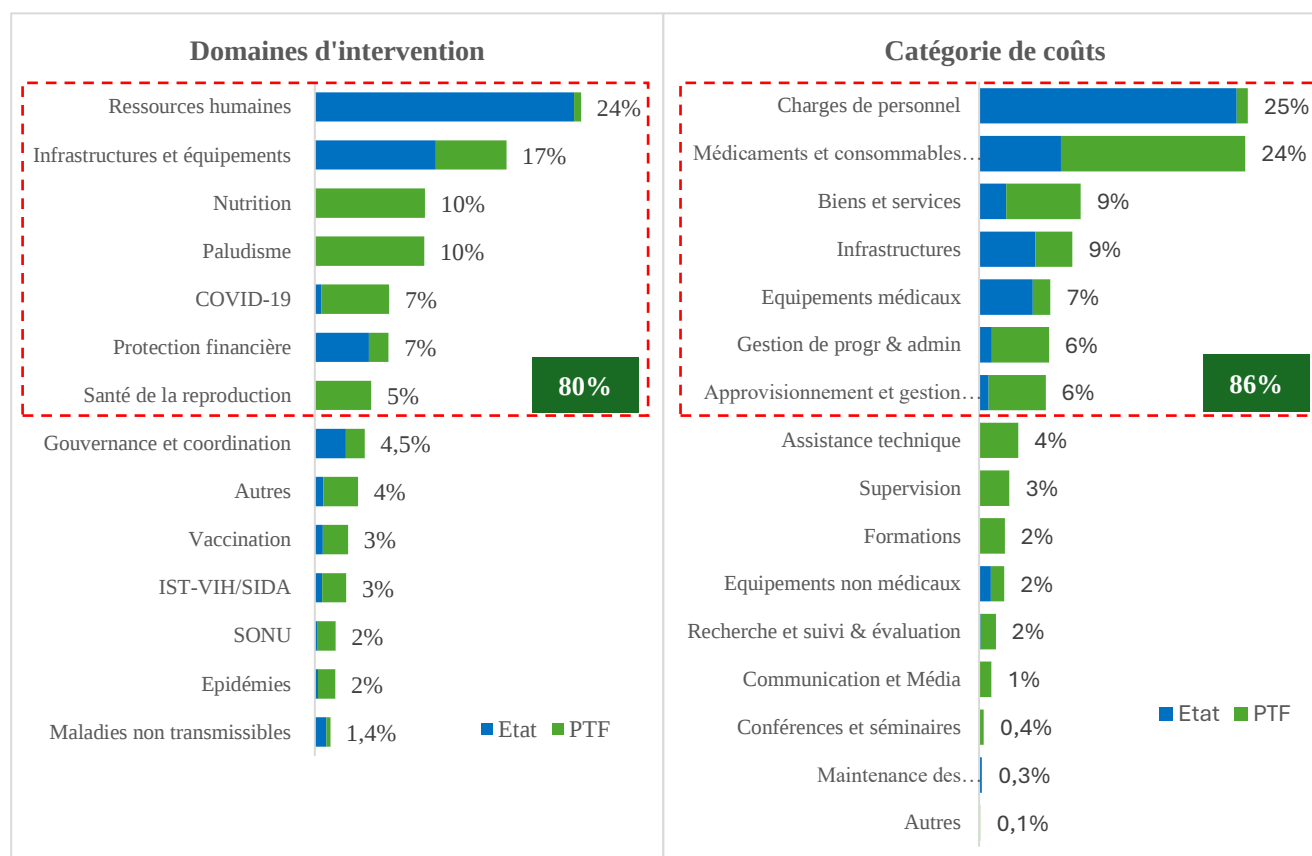


Figure 8 : Répartition des dépenses par domaines et catégories de coûts (2022-2023)

Sept (7) domaines clés sur le total de 21 captent 80% des dépenses de santé sur la période 2022-2023. Ceux-ci représentent 829 milliards de FCFA (à parts égales entre l'Etat et les PTF). Le quart des dépenses de santé ont bénéficié au domaine des ressources humaines principalement financé par les ressources étatiques.

Globalement, 98% des dépenses de l'Etat (soit 408 milliards de FCFA) ont été orientées vers trois domaines à savoir les ressources humaines (59%), les infrastructures et équipements (27%) et la protection financière des ménages (12%) notamment avec le programme de gratuité des soins.

Quant aux PTF, ils ont orienté 81% de leurs dépenses (335 milliards de FCFA) vers quatre domaines clés à savoir la nutrition dans le contexte actuel de crise sécuritaire et alimentaire (25%), le paludisme (25%), les infrastructures et équipements (16%) et la COVID-19 (15%).

Pour les catégories de coûts également, sept (7) catégories concentrent la majorité des dépenses (86% soit 881 milliards de FCFA). L'Etat dépense plus dans les charges de personnel (50%), ensuite dans l'achat de médicaments et consommables médicaux (16%), les infrastructures (11%), les équipements médicaux (10%) et les biens et services (5%). Les dépenses totales des PTF financent essentiellement l'achat de médicaments et consommables médicaux (32%), de biens et services (13%), de gestion de programme (10%), d'approvisionnement et gestion de la chaîne logistique (10%), et d'assistance technique (7%).

3.4. Dépenses par niveau administratif et par localité

Au cours des deux dernières années, la répartition des dépenses de santé par niveau administratif révèle une concentration majeure des ressources financières au niveau opérationnel, notamment dans les districts sanitaires. Plus de 976 milliards de FCFA, représentant plus de 60% des dépenses en santé pour la période 2022-2023, ont été alloués à ce niveau. Ce choix reflète les efforts conjoints des parties prenantes du secteur de la santé pour améliorer l'accessibilité des soins pour les populations notamment au niveau primaire. Cela en vue de la marche du pays vers la couverture sanitaire universelle.

Par ailleurs, les dépenses effectuées aux niveaux régional (508 milliards de FCFA soit 31% des dépenses totales) et central (144 milliards de FCFA soit 9% des dépenses totales) contribuent au renforcement des services hospitaliers et au bon fonctionnement des directions responsables de la coordination des politiques sanitaires à l'échelle régionale et nationale.

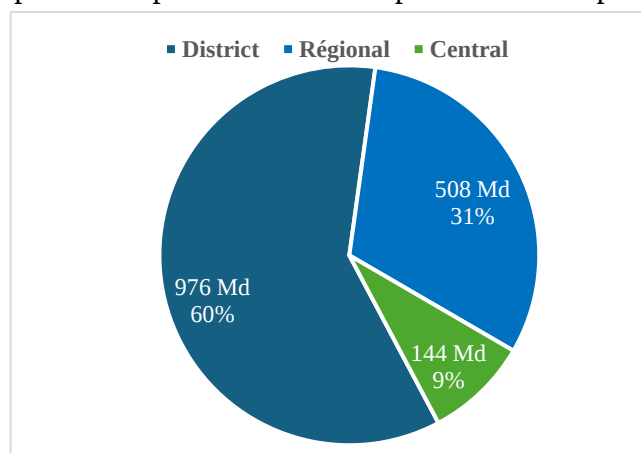


Figure 9 : Répartition des dépenses par niveau administratif (2022-2023)

Par ailleurs, la répartition des dépenses 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)⁷ même si quelques régions se démarquent de la moyenne nationale (Hauts-Bassins, Sud-Ouest, Centre, Centre-Sud et Boucle du Mouhoun). De plus, un écart de plus de 1,5 est observée entre la région dotée de plus de dépenses par habitant à savoir les Hauts-Bassins (41 300 FCFA) et la région la moins dotée à savoir le Plateau-Central (27 200 FCFA).

Des efforts devraient alors être consenties afin d'améliorer la disponibilisation et l'exécution des ressources financières au profit de l'amélioration de qualité des soins de santé au Burkina Faso et dans chacune des régions du pays.

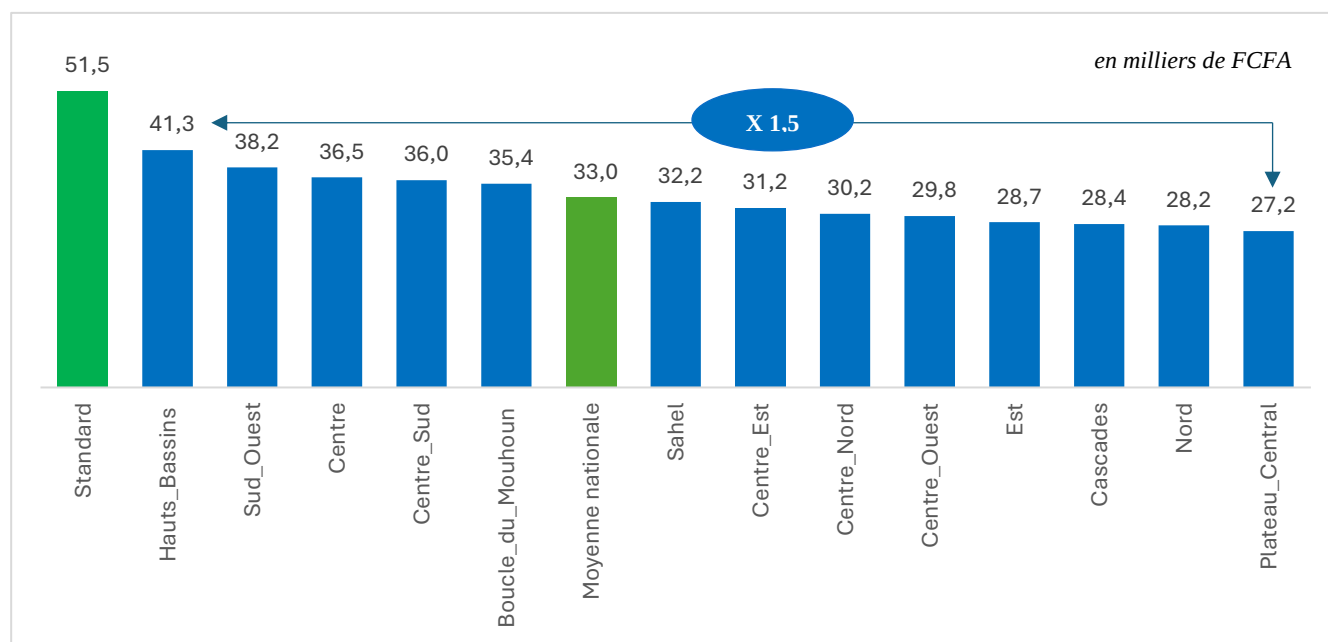


Figure 10 : Répartition des dépenses par habitant (2022-2023)

⁷ 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).

3.5. Dépenses par programme budgétaire et articulation du PNDS

L'analyse des dépenses selon les programmes budgétaires du Ministère de la Santé et les orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 permet d'évaluer leur alignement avec les priorités nationales. Les observations présentées ci-après peuvent constituer à la fois un outil d'aide à la décision et un levier stratégique pour optimiser l'utilisation des ressources, assurer une allocation efficiente des fonds et favoriser une progression vers l'atteinte des objectifs de santé.

La répartition des dépenses par programme budgétaire révèle que sur la période 2022-2023, le programme « offre de soins » a enregistré 951 milliards de FCFA (soit 58% des dépenses totales). Il est suivi de « santé publique », avec 21% des dépenses, de « Accès aux produits de santé » avec 17% des dépenses et de « Pilotage et soutien aux services de santé qui enregistre 3% des dépenses totales.

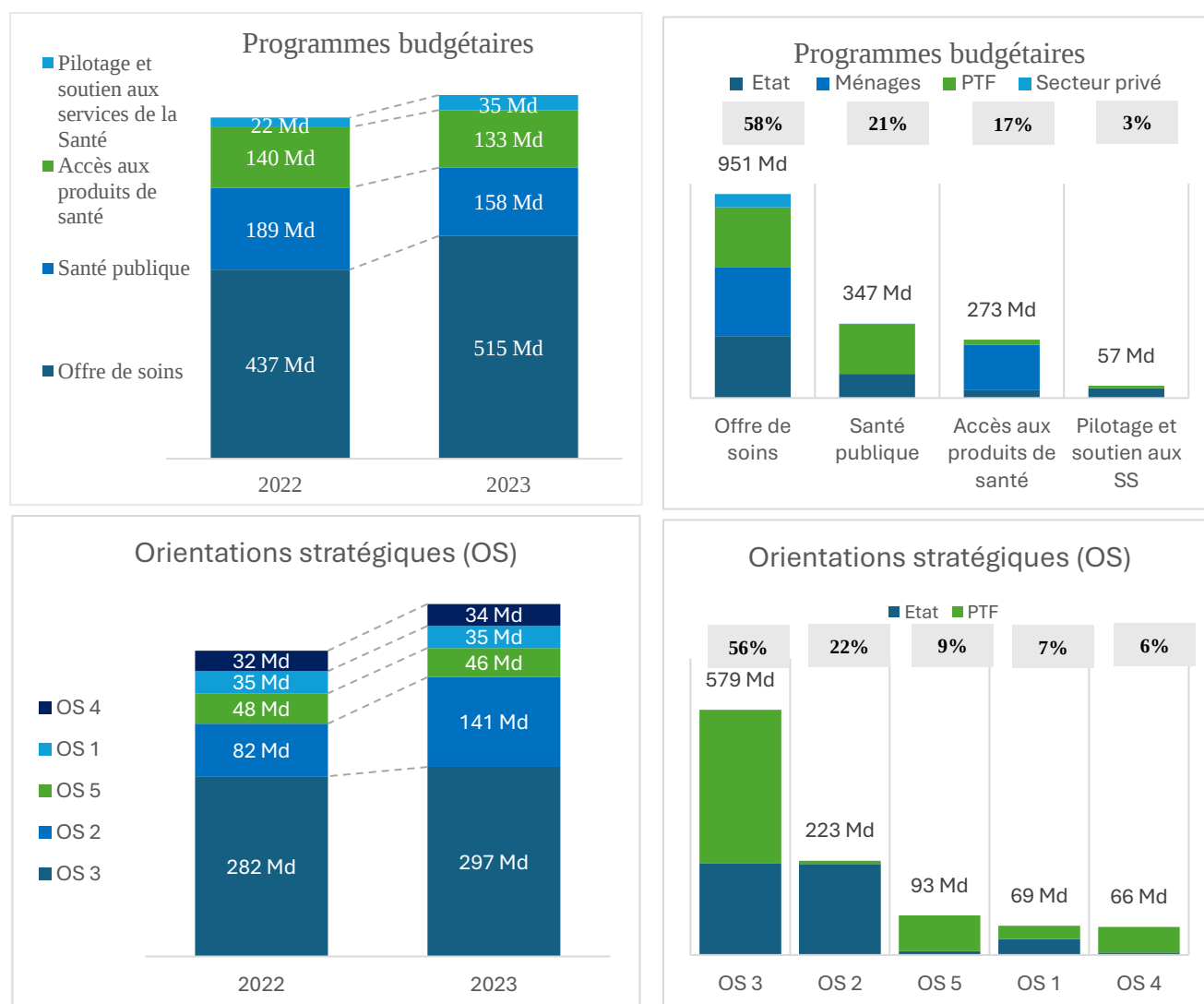


Figure 11 : Répartition dépenses par programme budgétaire et orientation stratégique (2022-2023)

Plus de 78% des ressources sont dirigées vers l'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) » et l'OS 2 : « Développement des ressources humaines pour la santé ». Ces deux OS sont majoritairement financés par l'Etat en plus de l'OS1 : « 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 ». Les PTF ont plus financé l'OS 5 : « Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires » et 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 » à hauteur de 90 et 92% respectivement.

C. Évolution et répartition des ressources en santé 2024-2026

L'analyse rétrospective du financement du secteur de la santé constitue un outil indispensable, en complément des autres mécanismes de suivi des dépenses de santé, tels que les Comptes de santé. La valeur ajoutée de la cartographie dynamique des ressources réside principalement dans sa dimension prospective. Cet exercice se concentre sur l'évaluation des prévisions budgétaires de l'ensemble des parties prenantes clés du système de santé au Burkina Faso.

Les analyses présentées offrent une perspective claire sur le financement de la santé pour les années 2024, 2025 et 2026. Ces données sont essentielles pour une planification stratégique et une budgétisation optimale des interventions de santé. Elles contribuent également à améliorer la coordination entre les acteurs, à optimiser la mutualisation des efforts, et à garantir un accès équitable à des soins de qualité pour les populations de toutes les localités et catégories sociales du pays.

3.6.Évolution et répartition des ressources par acteur de financement

Entre 2024 et 2026, les ressources financières allouées au secteur de la santé au Burkina Faso totalisent 2 295 milliards de FCFA. Ces fonds proviennent de quatre sources : l'État (45%), les partenaires techniques et financiers (27%), les ménages (24%), et le secteur privé (4%). Cependant, une diminution moyenne annuelle de -23% (taux de croissance annuelle moyenne - TCAM) est observée sur cette période. Les ressources budgétaires annuelles passent ainsi de 958 milliards de FCFA en 2024 à 773 milliards de FCFA en 2025, pour atteindre 564 milliards de FCFA en 2026, comme illustré dans la figure ci-dessous.

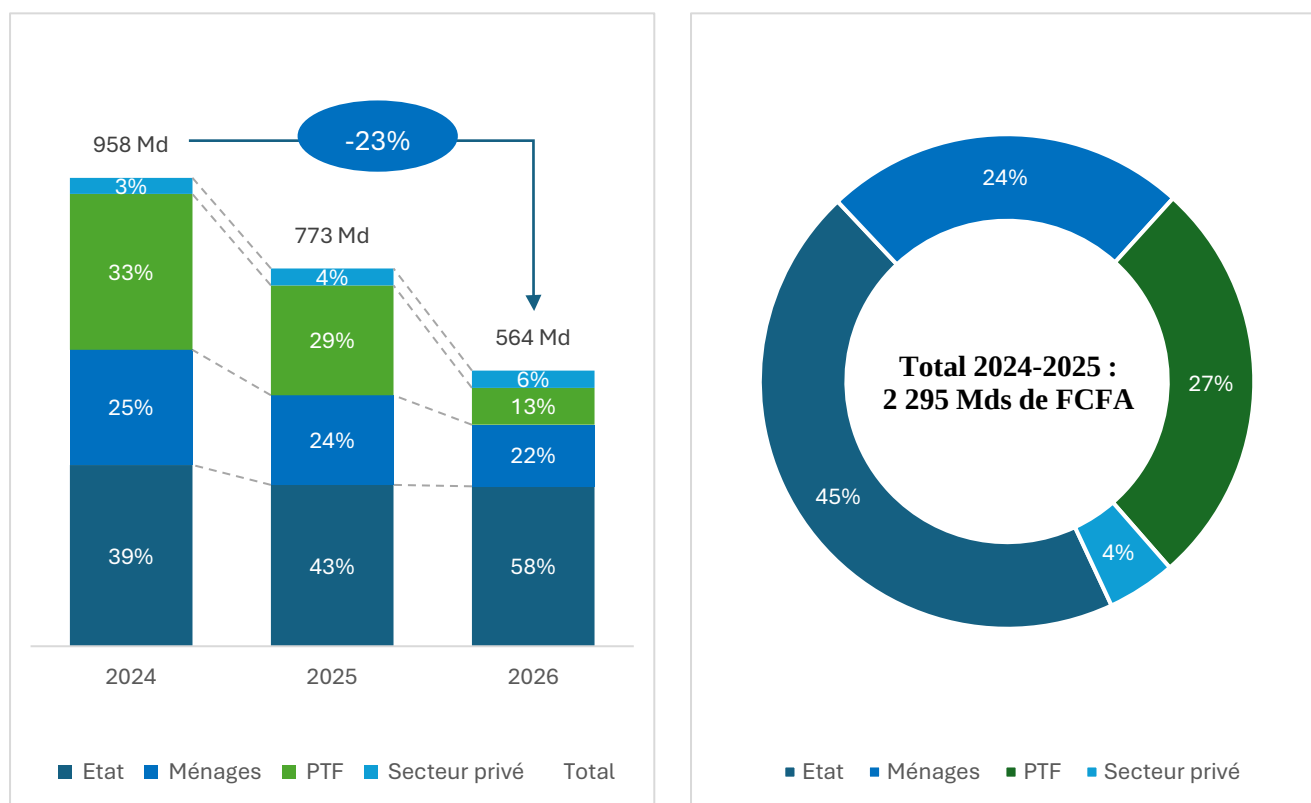


Figure 12 : Evolution et répartition des ressources en santé par type de financement (2024-2026)

NB : Il convient de noter qu'au cours des trois dernières années la croissance annuelle moyenne des ressources sanitaires se chiffre à +10,3% suggérant que la baisse mentionnée ci-haut est essentiellement tributaire au manque de visibilité des partenaires lié au fait que l'année 2024 soit une année de fin de cycle pour divers financements. Le démarrage du nouveau cycle budgétaire en 2025, offrira une visibilité plus accrue des prévisions financières sur les années à venir.

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) jouent un rôle clé dans le financement du secteur de la santé au Burkina Faso, représentant plus de 616 milliards de FCFA sur la période 2024-2026 soit 27% des ressources totales.

La répartition de la contribution des PTF est illustrée dans la figure ci-dessous suivant le type d'organisation dont ils relèvent :

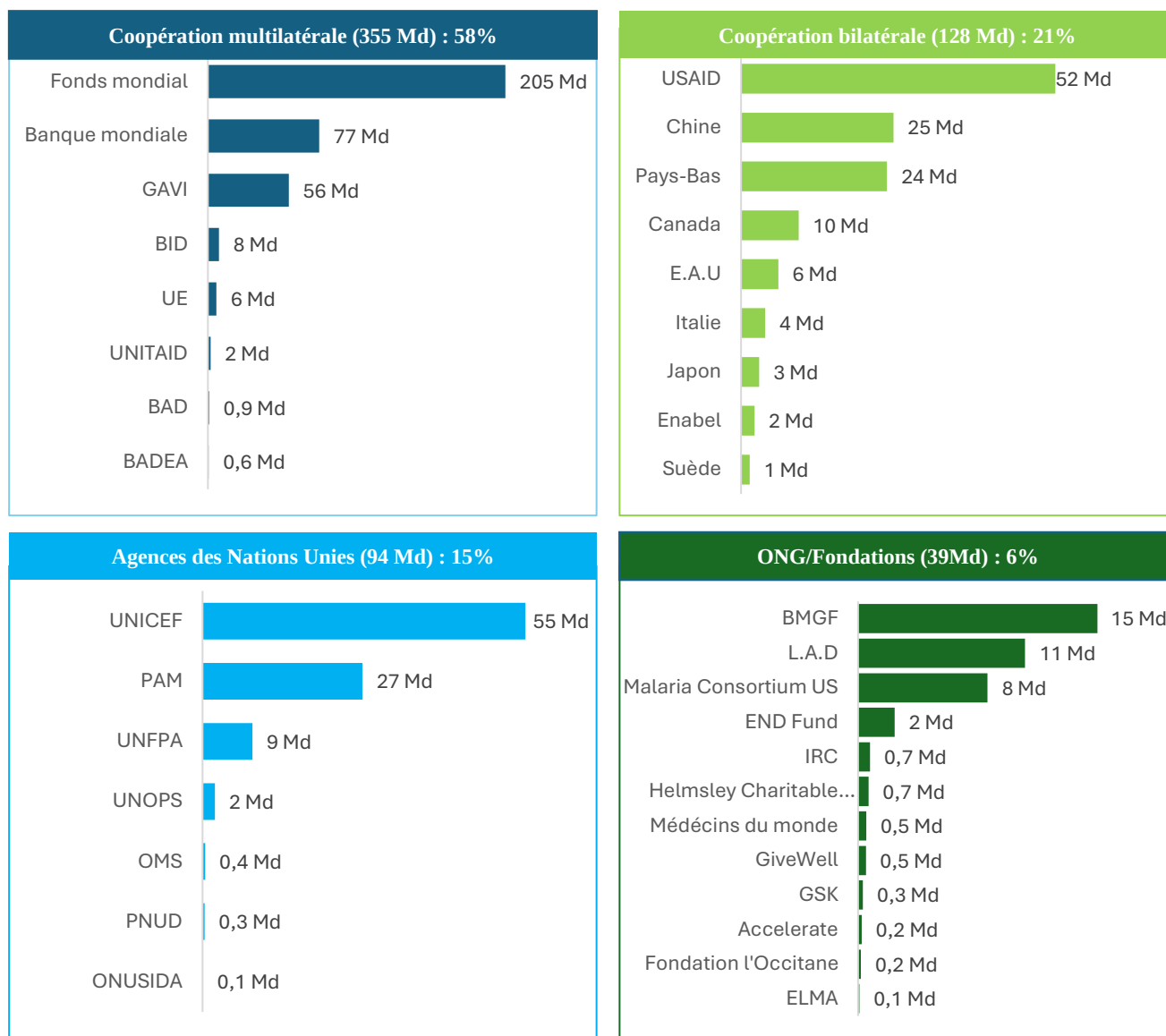


Figure 13 : Répartition des ressources 2024-2026 par PTF (bailleurs)

Le top 10 des PTF concentre 89% des ressources budgétaires prévisionnelles des PTF sur la période 2024-2026 soit 548 milliards de FCFA. Ce top 10 est constitué du Fonds mondial (33%), de la Banque mondiale (12%), de GAVI (9%), de l'UNICEF (9%), de l'USAID (8%), du PAM (4%), de la Chine (4%), des Pays-Bas (4%), de BMGF (2%) et de L.A.D (2%).

3.7.Évolution et répartition des ressources selon les priorités nationales

Pour garantir l'intégration et la cohérence du système de santé, toutes les interventions financées par les différents acteurs sont regroupées au sein des quatre (4) programmes budgétaires du Ministère de la Santé :

- 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.

La figure ci-dessous illustre la répartition des ressources en santé par programme pour la période 2024-2026, ainsi que les contributions de chaque source de financement.

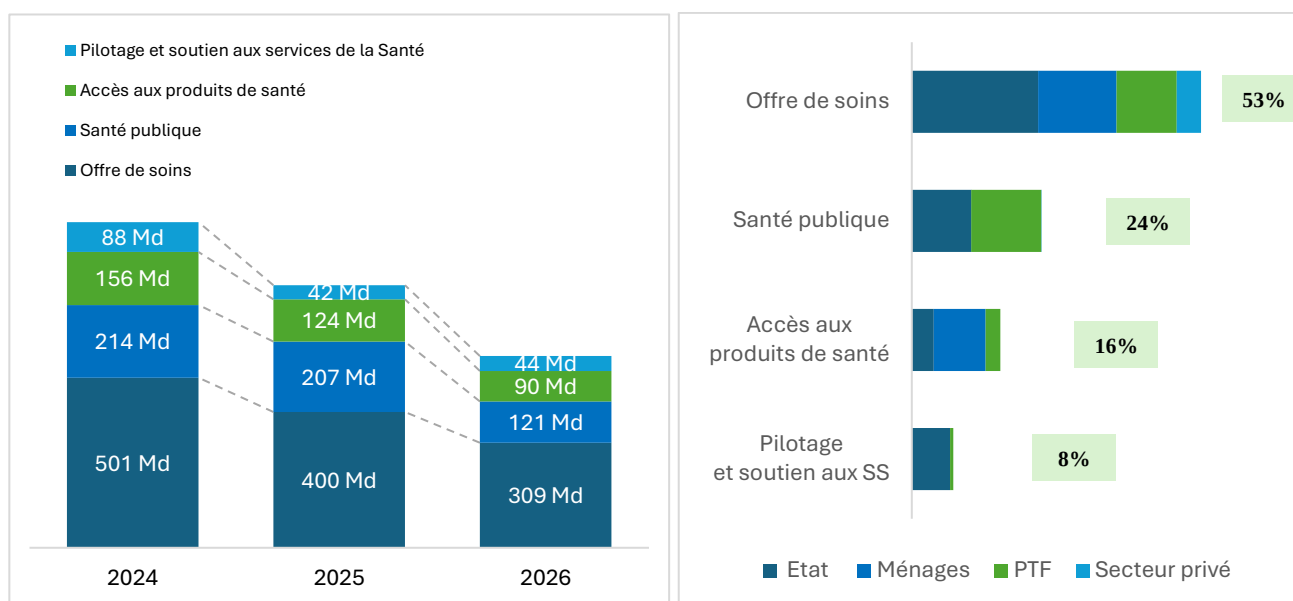


Figure 14 : Répartition des ressources 2024-2026 par programme budgétaire

Le programme budgétaire « Offre de soins » absorbe 1 209 milliards de FCFA soit plus de la moitié (53%) des ressources de la période 2024-2026. Il est principalement financé par l'État, qui contribue à hauteur de 44%. Ces fonds sont utilisés pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé, notamment par la construction d'infrastructures sanitaires, l'acquisition d'équipements médicaux et non médicaux permettant d'élever le plateau technique des différents établissements de santé, ainsi qu'au renforcement des prestations de soins de qualité accessibles à toutes les catégories sociales.

L'analyse de l'évolution et de la répartition des ressources en santé s'inscrit totalement dans les priorités nationales, en mettant en lumière l'arrimage entre les ressources de l'ensemble des acteurs avec les principaux objectifs stratégiques du PNDS 2021-2030. Ces cinq orientations stratégiques définies dans le plan, traduisent les grandes ambitions en matière de couverture sanitaire universelle, de renforcement des capacités et d'amélioration de la gouvernance. Ces orientations stratégiques se déclinent en 32 axes d'intervention spécifiques, visant à répondre aux besoins variés et complexes du système de santé. Cette approche permet d'évaluer la cohérence entre l'allocation des ressources et les engagements pris pour atteindre les objectifs et sous-objectifs sanitaires fixés à l'échelle nationale.

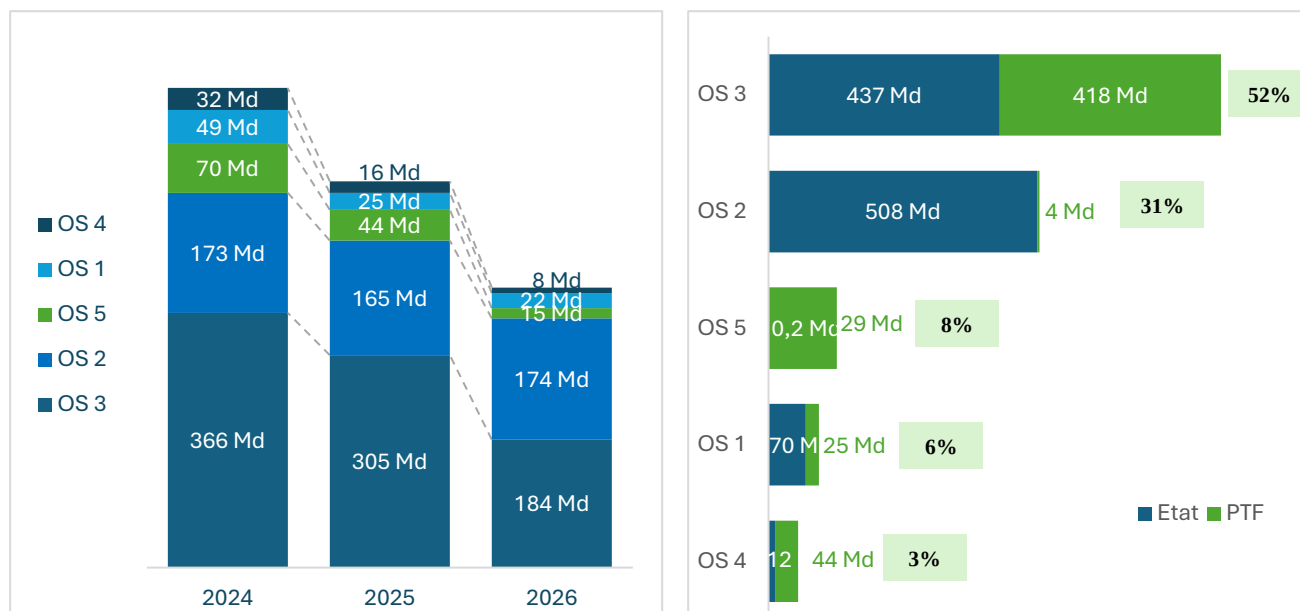


Figure 15 : Répartition des ressources 2024-2026 par orientation stratégique du PNDS

La figure ci-dessus illustre une répartition marquée des ressources en santé, dominée par l’Orientation Stratégique (OS) 3 intitulée : « Augmentation de l’utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population, en particulier pour les groupes spécifiques, sans risque financier, afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU) ». Cette orientation, qui regroupe 15 des 32 axes d’intervention, concentre 855 milliards de FCFA, soit 52% des ressources totales.

En seconde position, l’OS 2, axée sur le « Développement des ressources humaines pour la santé », mobilise 31% des ressources, équivalant à 512 milliards de FCFA, principalement destinés à la rémunération et à la formation des professionnels de santé. L’OS 5, dédiée à l’« Amélioration de la réponse aux situations d’urgences sanitaires », capte 8% des ressources, soit 129 milliards de FCFA. Ces fonds se concentrent principalement sur son premier axe d’intervention, qui vise le « Renforcement de la disponibilité de l’offre de services de qualité et à haut impact pour les populations des zones touchées par les épidémies, catastrophes et conflits ».

Les orientations stratégiques 1 et 4 suivent avec des parts respectives de 6% (95 milliards de FCFA) et 3% (56 milliards de FCFA). L’OS 4 porte sur l’« Adoption par la population d’un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé, accompagnant la transition démographique », tandis que l’OS 1 met l’accent sur le « Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d’efficacité, d’efficience, de transparence, de redevabilité, d’équité et d’intégration du genre ».

L’analyse des sources de financement des différentes orientations stratégiques montre que les ressources de l’OS 3 proviennent de manière quasi-équitable de l’État et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). À l’inverse, les OS 2 et 1 sont principalement soutenues par l’État (99% et 74% respectivement), tandis que les OS 5 et 4 dépendent largement des financements des PTF, avec des contributions respectives de 99% et 78%.

Parmi les 32 axes d’intervention (AI) issus des orientations stratégiques, six (6) concentrent à eux seuls 1 164 milliards de FCFA, soit plus de la moitié (51%) des ressources de la période 2024-2026 :

- **AI 2 de l’OS 2** : « Renforcement de la disponibilité et de la qualité de la gestion des ressources humaines » (22 % des ressources)

- **AI 11 de l'OS 3** : « Amélioration de la disponibilité et de 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 » (9 %)
- **AI 15 de l'OS 3** : « Développement de la santé communautaire » (6%)
- **AI 3 de l'OS 3** : « Renforcement des équipements, du matériel standardisé et harmonisé et de la logistique » (5%)
- **AI 2 de l'OS 3** : « Renforcement des infrastructures standardisées et harmonisées » (5%)
- **AI 1 de l'OS 3** : « Accroissement de la protection des populations contre le risque financier » (4%)

L'orientation des ressources vers ces priorités traduit un engagement à renforcer les capacités humaines, matérielles, et structurelles du système de santé tout en répondant aux besoins des populations vulnérables.

3.8. Analyse de l'équité dans la distribution des ressources

L'équité représente l'un des piliers fondamentaux pour garantir la performance d'un système de santé. Conscient de cet enjeu, le Ministère de la Santé (MS) l'a inscrit comme une valeur centrale dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030, en affirmant : « *L'équité dans la mise en œuvre des programmes et l'allocation des ressources vise à assurer une couverture adéquate des groupes marginalisés, qu'ils soient définis par des critères géographiques, socio-culturels ou liés au revenu.* »

Dans le cadre de la cartographie des ressources, et en tenant compte des données collectées, l'analyse de l'équité s'articule autour de deux axes principaux :

1. L'allocation des ressources financières entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et district sanitaire).
2. La répartition des ressources par habitant et par zone géographique pour la période 2024-2026.

Cette double approche permet d'évaluer dans quelle mesure les ressources sont distribuées de manière équitable pour répondre aux besoins spécifiques des différentes populations, en tenant compte des disparités territoriales et démographiques.

3.8.1. Allocation des ressources par niveau de la pyramide sanitaire

L'examen de la répartition des ressources à chaque niveau de la pyramide sanitaire reflète le degré de décentralisation et l'équité dans l'allocation des ressources en fonction des lieux d'exécution des interventions. Il mesure l'adéquation entre les besoins locaux et les priorités définies, tout en favorisant une meilleure accessibilité des services de santé

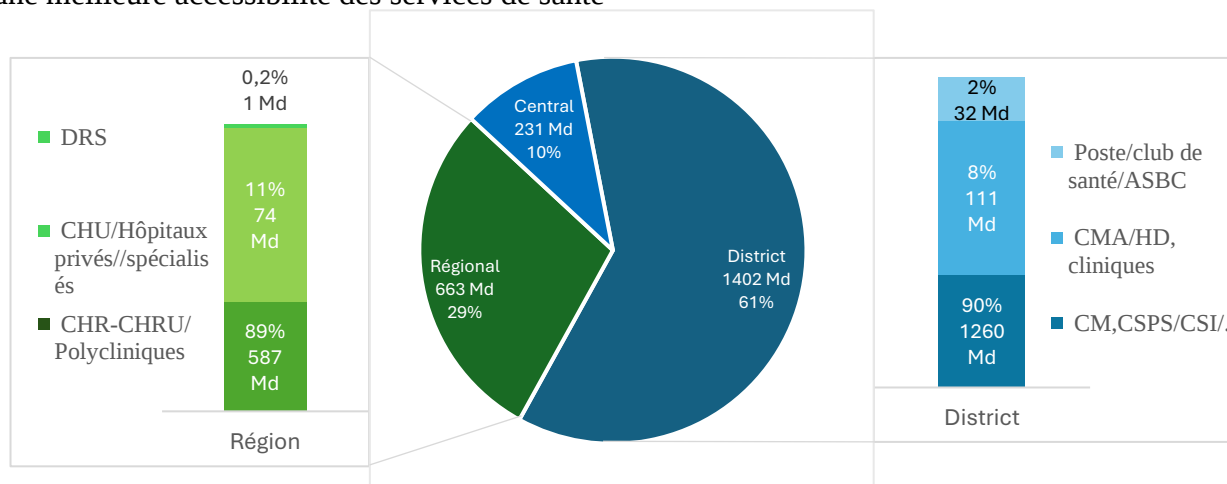


Figure 16 : Répartition des ressources 2024-2026 par niveau administratif et niveau de soins

La répartition des ressources des différents acteurs de financement entre 2024 et 2026, reflète l’engagement du Burkina Faso à renforcer les services de santé de proximité. Ainsi, 61% des ressources, soit 1 402 milliards de FCFA, sont destinées au niveau opérationnel (districts sanitaires), principalement orientées (90%) vers les CM, CSPS, CSI, cliniques d’accouchement et infirmeries, qui constituent le premier point de contact des populations. Le reste (10%) est réparti entre les CMA, HD pour 8%, et les postes de santé, clubs de santé et agents de santé à base communautaire (ASBC) pour 2%.

Au niveau intermédiaire ou régional, les ressources de la période 2024-2026 s’élèvent à 663 milliards de FCFA soit 29% des ressources totales. Ces fonds sont majoritairement alloués aux structures hospitalières (89% pour les CHR, CHRU et polycliniques, et 11% pour les CHU, hôpitaux privés et centres spécialisés). Une enveloppe de 1 milliard de FCFA est accordée par l’État aux directions régionales pour leur fonctionnement, incluant l’achat de matériel et de mobilier de bureau ainsi que pour la coordination de l’action des districts sanitaires.

Le niveau central bénéficie de 10% des ressources, soit 231 milliards de FCFA, pour continuer à assumer ses fonctions stratégiques notamment l’élaboration et le suivi des politiques de santé, la mobilisation des ressources, le contrôle de la gestion et l’évaluation des performances du système de santé. Ces efforts sont essentiels à la réalisation des objectifs du PNDS 2021-2030.

3.8.2. Allocation des ressources selon les localités et populations

L’analyse de l’allocation des ressources en santé selon les zones géographiques complète celle réalisée par niveau de la pyramide sanitaire, offrant une perspective détaillée pour évaluer l’équité dans l’accès à la santé.

Ultimement, les ressources de santé devraient faire l’objet d’une distribution équitable entre toutes les populations. D’où la nécessité de procéder à une double analyse à ce niveau. D’abord, la répartition des ressources totales par région. Ensuite l’analyse de cette répartition en tenant compte des populations à couvrir dans l’ensemble de ces localités.

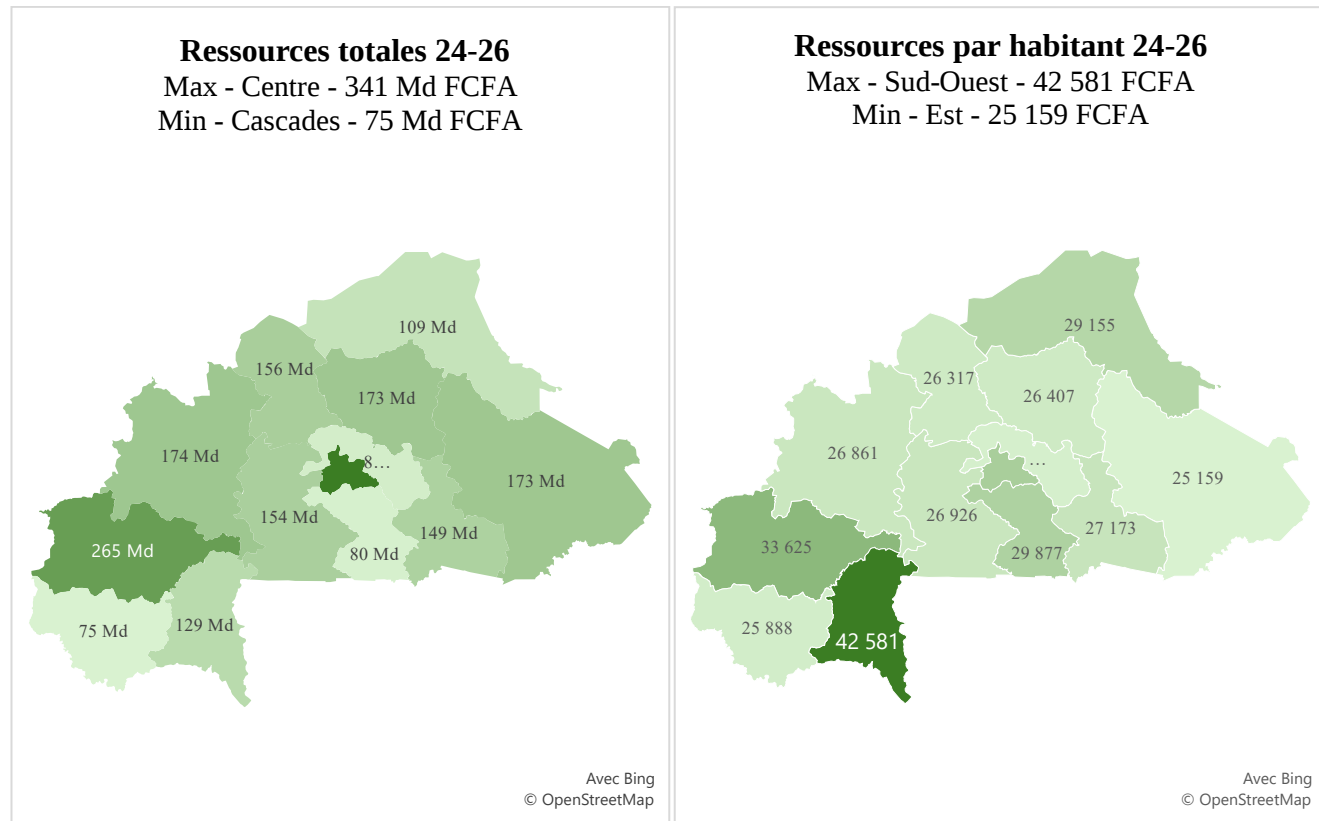


Figure 17 : Répartition régionale des ressources 2024-2026 par région et des ressources par habitant

L'analyse de la répartition brute des ressources de la période 2024-2026 par région sanitaire révèle que cinq (5) régions captent plus de la moitié (55%) des ressources totales allouées à l'ensemble des treize (13) régions du pays. Il s'agit de la région du Centre, avec une allocation de 341 milliards de FCFA (17%), des Hauts-Bassins avec 265 milliards de FCFA (13%), de la Boucle du Mouhoun avec 174 milliards de FCFA (8%), de l'Est avec 173 milliards de FCFA (8%) et du Centre-Nord avec 173 milliards de FCFA (8%).

La région du Centre avec 341 milliards de FCFA enregistre 4,5 fois plus de ressources que la région des Cascades avec ses 75 milliards de FCFA sur la période 2024-2026 contre une différence de population de 3,9 fois.

La disparité interrégionale devrait alors être appréciée en tenant compte de facteurs tels que la population. L'analyse la répartition des ressources en fonction de la population de chaque région évalue si les ressources disponibles pour la période 2024-2026 sont adéquates pour répondre de manière optimale aux besoins de santé de la population de chaque localité. 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)⁸.

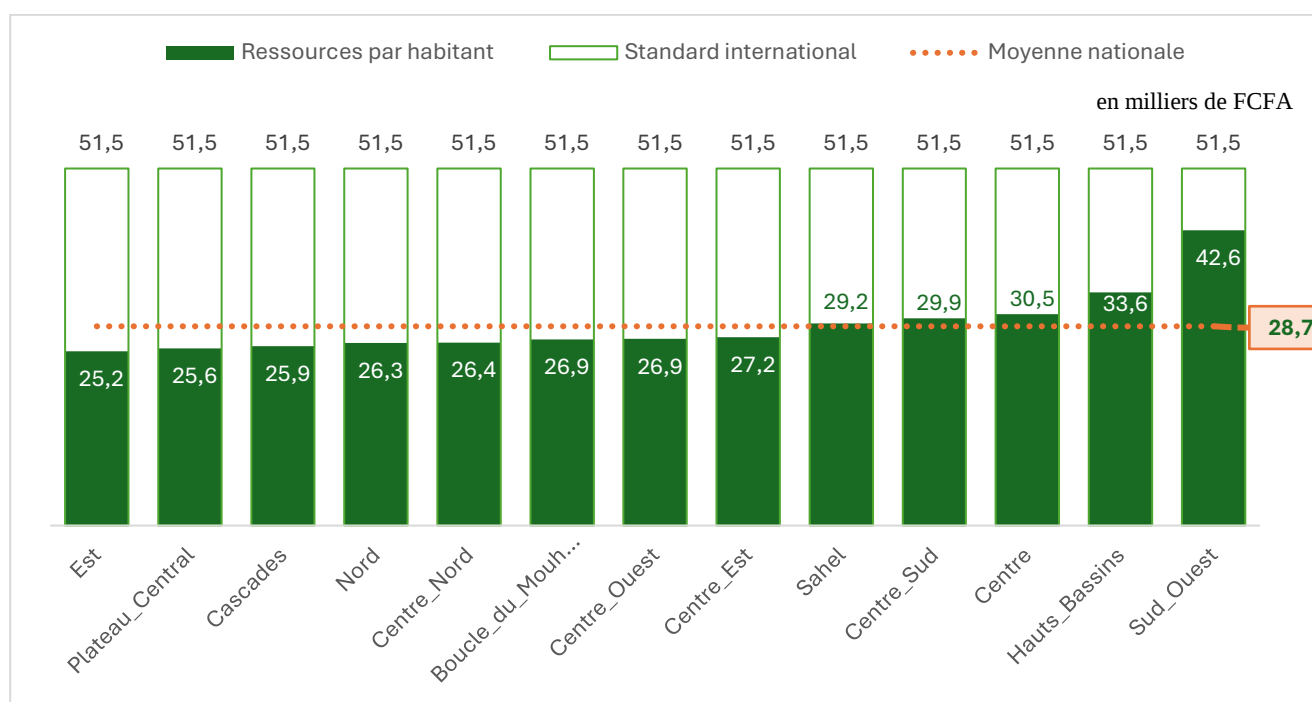


Figure 18 : Répartition régionale des ressources 2024-2026 par région et des ressources par habitant

Cette analyse révèle qu'à l'échelle nationale, l'allocation annuelle des ressources par habitant pour la période 2024-2026 reste inférieure au standard recommandé, avec une moyenne de 28 744 FCFA alloués contre une norme de 51 506 FCFA. Au niveau régional, aucune région n'atteint ce seuil établi. Toutefois, cinq (5) régions se distinguent en dépassant la moyenne nationale d'allocation par habitant : le Sud-Ouest (notamment grâce au projet de construction du CHR de Gaoua) avec 42 581 FCFA, les Hauts-Bassins avec 33 625 FCFA, le Centre avec 30 502 FCFA et le Centre-Sud avec 29 877 FCFA et le Sahel 29 155 FCFA. Le Sud-Ouest enregistre pratiquement 2 fois plus que l'Est (25 159 FCFA). Cela appelle à une action concertée entre les différents acteurs pour assurer plus d'équité interrégionale.

⁸ 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).

3.9.Évolution et répartition des ressources par domaine et catégorie de coûts

L'analyse de la répartition des ressources entre les domaines d'intervention spécifiques et prioritaires du système de santé met en lumière les choix budgétaires et les éventuelles disparités pour la période 2024-2026. Cette approche offre une vision stratégique des domaines bénéficiant de financements accrus et ceux nécessitant davantage d'attention. Parallèlement, l'examen des composantes de coûts permet d'identifier les postes absorbant une proportion significative des ressources, fournissant ainsi des informations essentielles sur les principaux leviers budgétaires. Une compréhension approfondie de cette répartition, à la fois par domaine d'intervention et par catégorie de coûts, constitue un outil précieux pour les décideurs et les parties prenantes. Elle les aide à ajuster de manière judicieuse l'allocation des fonds, à prioriser les investissements critiques et à garantir une utilisation efficiente des ressources disponibles pour atteindre les objectifs fixés.

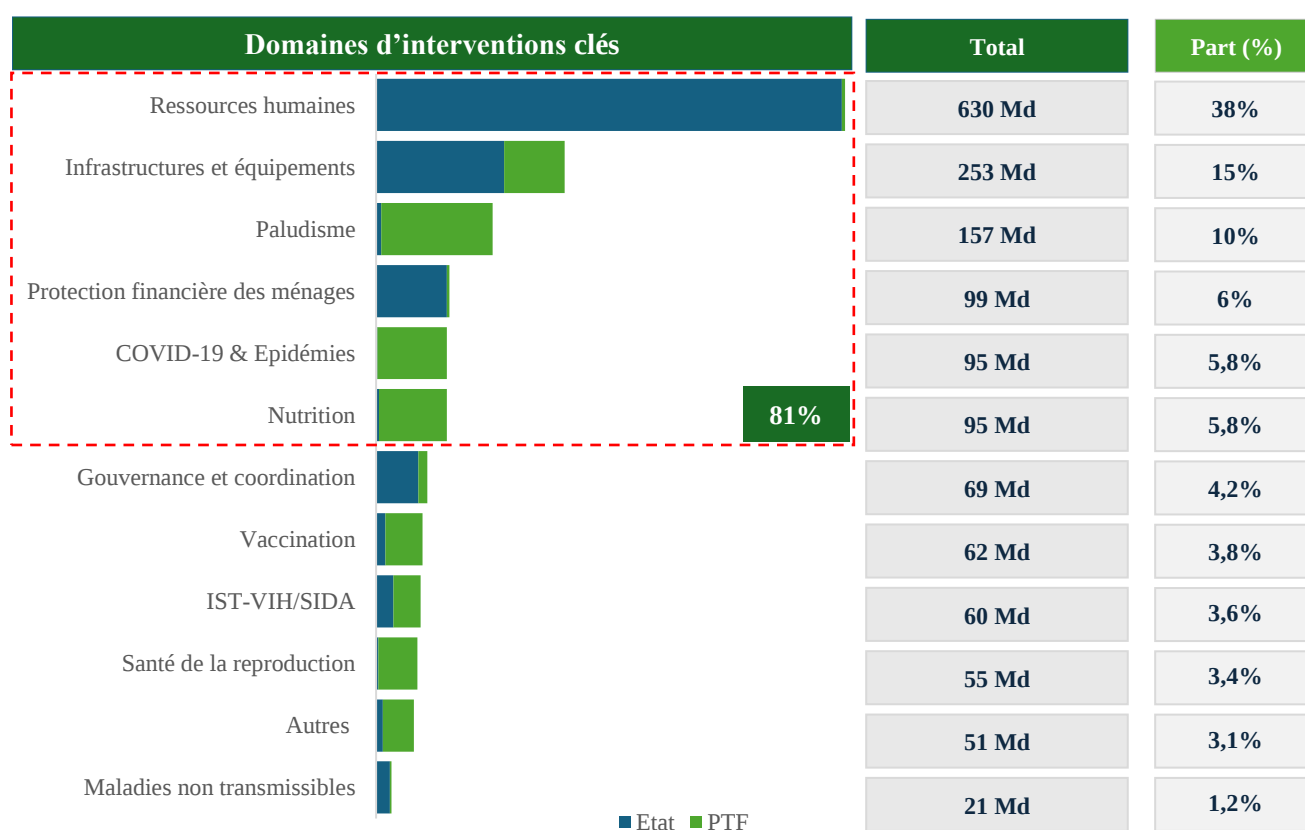


Figure 19 : Répartition régionale des ressources 2024-2026 par domaine d'intervention clé

L'analyse de la répartition des ressources en santé par domaine d'intervention pour la période 2024-2026 met en évidence une concentration des financements sur six domaines prioritaires, représentant 81% des ressources allouées par l'État et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Ces domaines incluent les ressources humaines (38%), les infrastructures et équipements (15%), la lutte contre le paludisme (10%), la protection financière des ménages (6%), la lutte contre la COVID-19 et les épidémies (5,8%), et la nutrition (5,8%).

Les ressources humaines, avec 630 milliards de FCFA, constituent le principal domaine de financement, absorbant un tiers des ressources, dont 99% proviennent de l'État. Ce domaine représente 61% du budget total de l'État en santé, principalement orienté vers la rémunération et la formation continue du personnel.

Sur la période 2024-2026, hormis les ressources humaines, les financements étatiques sont majoritairement orientés vers les infrastructures et équipements financés à 68% par l'État, suivis de la protection financière des ménages (y compris le programme de gratuité des soins), avec 99 milliards de FCFA (dont 96% proviennent de l'État), de la gouvernance et coordination, qui mobilisent 39 milliards de FCFA (82% émanent de l'État) et enfin les maladies non transmissibles financées à 89% par l'État.

Pour les PTF, les financements se concentrent à 84% sur six domaines majeurs : la lutte contre le paludisme (dont 96% des ressources proviennent des PTF), la lutte contre la COVID-19 et les épidémies (à 98%), la promotion de la nutrition (à 96%), la santé de la reproduction (à 94%) et les infrastructures et équipements (à 32%) et la vaccination (à 80%). Cette répartition reflète des priorités spécifiques, avec une complémentarité entre les investissements de l'État et des PTF pour répondre aux besoins critiques du secteur de la santé.

L'analyse de la répartition des ressources en santé par catégorie de coûts pour la période 2024-2026 met en lumière l'utilisation prévue des fonds mobilisés par l'État et les PTF. Une part importante des ressources sera consacrée aux ressources humaines (38%), suivie par l'achat de médicaments et consommables médicaux (19%), la fourniture de biens et services (12%), l'acquisition et l'installation d'équipements médicaux (7%), l'approvisionnement et la gestion de la chaîne logistique (5%), ainsi que la construction d'infrastructures (4%). Ces six catégories de coûts concentrent 86% des ressources mobilisées, reflétant volonté du pays de renforcer l'accessibilité et la qualité des soins de santé, en dotant le système de moyens humains et matériels performants pour répondre aux besoins de la population.

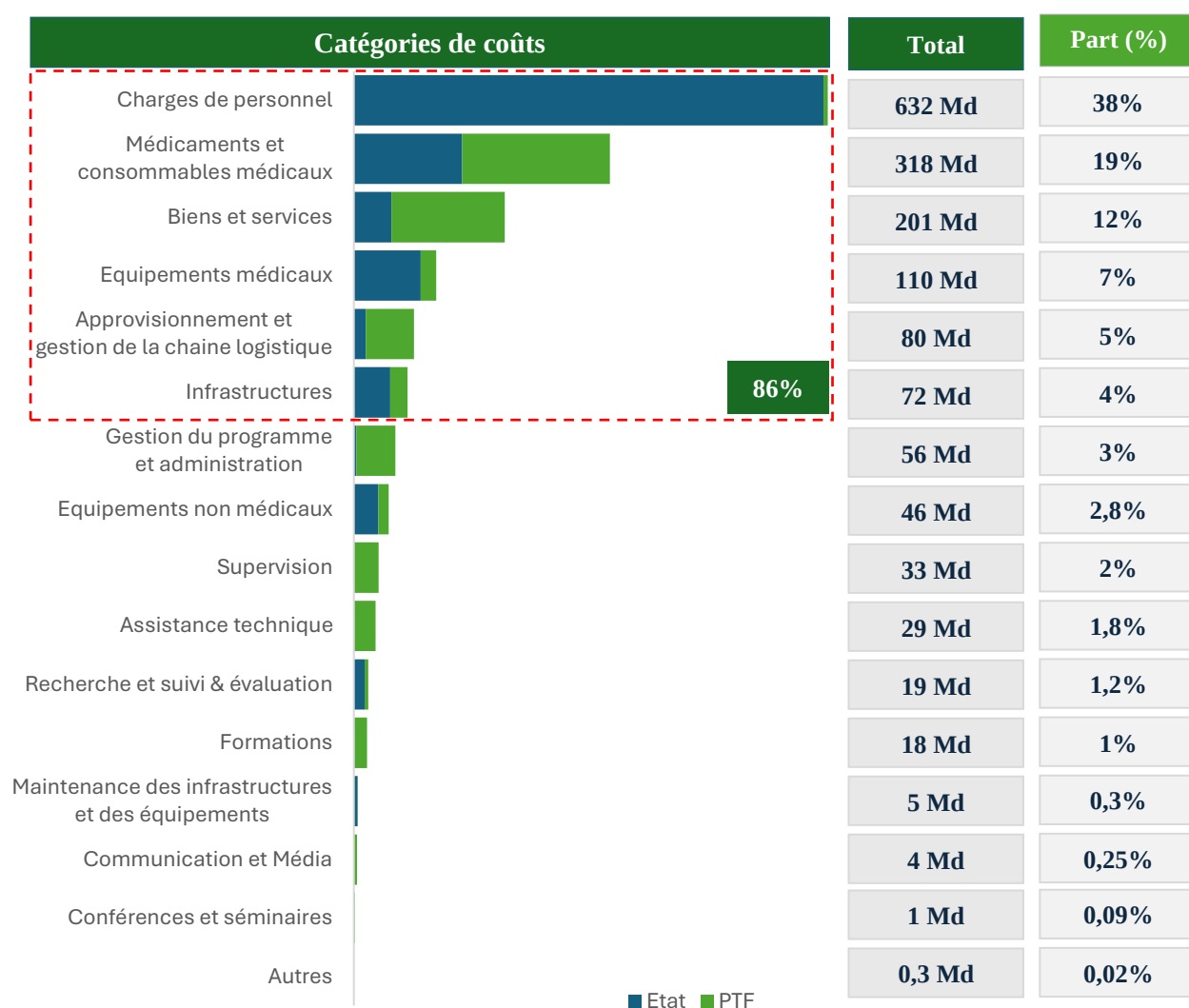


Figure 20 : Répartition régionale des ressources 2024-2026 par catégorie de coûts

D. Analyse des gaps de financement de la période 2024-2026

L'analyse des gaps est une composante essentielle de la cartographie dynamique des ressources du PNDS 2021-2030. Elle évalue le niveau de mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des priorités et actions prévues dans ce plan stratégique. En identifiant les insuffisances, cette analyse fournit des indications précieuses pour optimiser l'allocation des ressources, engager la réallocation de ressources pour maximiser l'impact des interventions. Le cas échéant, elle renforce aussi les efforts de plaidoyer en vue de mobiliser des financements additionnels. Pour cette édition, le référentiel du PNDS à savoir le "Plan d'Action Triennal Glissant (PATG) 2024-2026" sert de base à cette analyse.

Tableau 2. : Gap global de financement du PATG 2024-2026

Analyse de gap	Montant (FCFA)
Coût global du PATG 2024-2026	2 182 343 272 256
Ressources 2024-2026	2 012 963 221 835
Gap de financement 2024-2026	- 169 380 050 421
	-8%

Globalement, la gap de financement sur les trois années du PATG s'élève à 8% du volument total de financement attendu à savoir 2 182 milliards de FCFA.

Annuellement, ces gaps connaissent des fluctuations. Ainsi, d'un gap positif en 2024 (+156 milliards de FCFA soit +23% des ressources attendues de la période), le secteur de la santé connaîtra successivement des gaps négatifs pour les années 2025 et 2026 avec respectivement – 125 milliards de FCFA (-16%) et – 200 milliards de FCFA (-28%). Cela suggère une réaffectation ou étalement du surplus de l'année 2024 vers les deux années à venir de sorte à couvrir de manière optimables les écarts de financement qui se profilent.

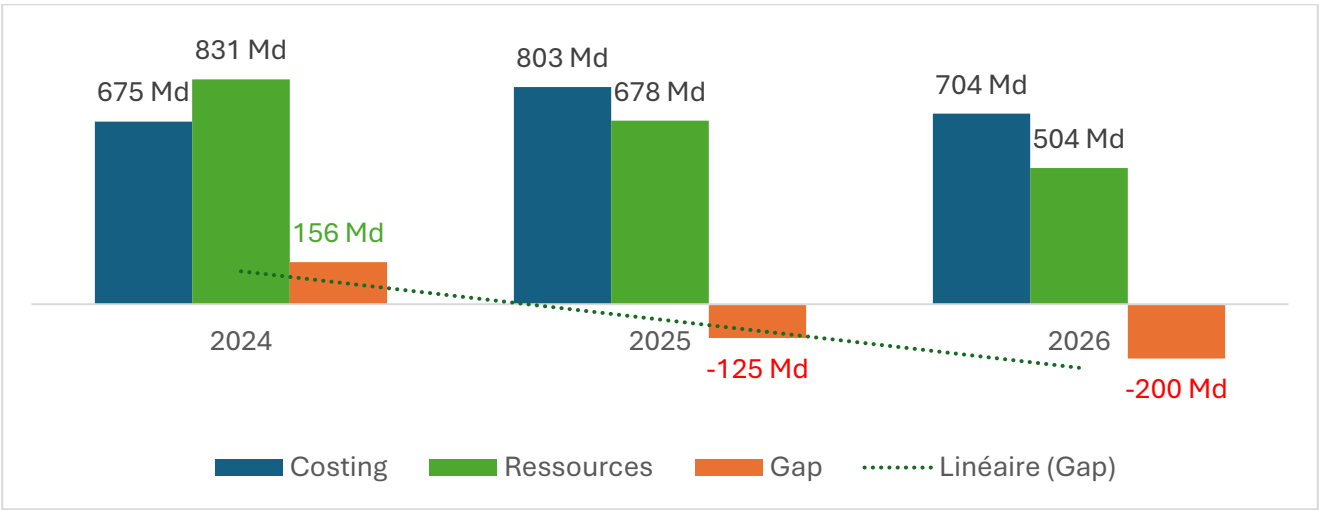


Figure 21 : Evolution annuelle du gap de financement du PATG 2024-2026

Les gaps de financement sont également appréciables sous divers primes à savoir les programmes budgétaires, les orientations stratégiques, les niveaux administratifs (sans pouvoir situer les gaps spécifiques pour chaque localité) et les gaps par domaines d'intervention.

Plusieurs écarts de financement, tant positifs que négatifs, sont observés selon les différents critères, soulignant l'importance de poursuivre les efforts de mobilisation et de réallocation des ressources financières à court, moyen et long terme. Ces ajustements sont nécessaires pour optimiser l'efficience dans la réalisation des objectifs du PNDS et pour garantir un renforcement qualitatif du système de santé au bénéfice des populations. Par exemple, les surplus budgétaires identifiés au niveau régional dans le cadre du PATG (+92%) pourraient être redistribués vers le niveau central (-59%), et district (-15%) contribuant ainsi à combler le déficit de financement à ces niveaux. Il en est de même des gaps des programmes budgétaires (P.056 et P.057) ainsi que de l'orientation stratégique 5 qui dégagent des gaps positifs sur la période 2024-2026.

Tableau 3. : Synthèse des gaps de financement du PATG par programme, OS, et niveau administratif

Analyse de gaps de financement en milliards (Md) FCFA		Gap PATG 2024-2026			
		Costing	Ressources	Gap	
Gap Programme Budgétaire	P 055 – Offre de soins	1150 Md	1039 Md	-111 Md	-10%
	P 056 – Santé publique	515 Md	542 Md	27 Md	5%
	P 146 – Produits de santé	367 Md	258 Md	-109 Md	-30%
	P 057 - Pilotage	150 Md	174 Md	24 Md	16%
Gap Orientation Stratégique	OS 3 – Services de santé	1303 Md	855 Md	-448 Md	-34%
	OS 2 – Ressources humaines	550 Md	512 Md	-38 Md	-7%
	OS 5 - Urgences	117 Md	129 Md	12 Md	10%
	OS 1 - Leadership	106 Md	95 Md	-11 Md	-11%
	OS 4 - Prévention	105 Md	56 Md	-49 Md	-47%
Gap Niveau Administratif	District	1247 Md	1059 Md	-188 Md	-15%
	Régional	377 Md	723 Md	347 Md	92%
	Central	558 Md	231 Md	-328 Md	-59%
Gap global PATG 2024-2026		2182 Md	2012 Md	-169 Md	-8%

Des écarts de financement significatifs sont identifiés pour l'ensemble des domaines d'intervention prioritaires lorsqu'on compare les ressources allouées par les différents acteurs sur la période 2024-2026 aux budgets prévus dans le PNDS 2021-2025 et leurs plans stratégiques spécifiques.

En termes absolus, les domaines de la nutrition, du renforcement du système de santé, du paludisme affichent les gaps les plus élevés, avec respectivement 263 milliards de FCFA, 239 milliards de FCFA et 224 milliards de FCFA, comme illustré dans le tableau ci-dessous.

En pourcentage de mobilisation, les analyses révèlent que certains domaines tels que la santé reproductive, la vaccination et le renforcement du système de santé parviennent à mobiliser plus de 75% des ressources nécessaires à leurs actions stratégiques. À l'inverse, des secteurs comme le WASH (eau, assainissement et hygiène), la PCIME/TETU, les maladies tropicales négligées et les Soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU) peinent à atteindre 10% des financements requis.

Ces observations mettent en lumière la nécessité de renforcer les mécanismes de mobilisation et d'allocation des ressources financières pour garantir un financement adéquat et équitable à tous les domaines prioritaires, contribuant ainsi à la consolidation du système national de santé.

Tableau 4. : Synthèse des gaps de financement par domaine prioritaire du système de santé

Domaine d'intervention	2024	2025	2026	Gap global 2024-2026	
Santé reproductive	12 Md	-2 Md	-6 Md	4 Md	7%
Vaccination	5 Md	-4 Md	-10 Md	-10 Md	-14%
Renforcement du système de santé	9 Md	-176 Md	-72 Md	-239 Md	-18%
VIH/SIDA	-6 Md	-11 Md	-15 Md	-32 Md	-35%
Tuberculose	-3 Md	-2 Md	-2 Md	-7 Md	-56%
Paludisme	-49 Md	-84 Md	-91 Md	-224 Md	-59%
Maladies non transmissibles	-9 Md	-13 Md	-15 Md	-37 Md	-64%
Nutrition	-62 Md	-83 Md	-118 Md	-263 Md	-73%
Soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU)	-27 Md	-35 Md	-39 Md	-101 Md	-90%
Maladies tropicales négligées	-15 Md	-19 Md	-22 Md	-56 Md	-92%
PCIME/TETU	-29 Md	-38 Md	-41 Md	-108 Md	-93%
WASH	-21 Md	-24 Md	-27 Md	-73 Md	-95%

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

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 a défini plusieurs domaines prioritaires pour le système de santé du Burkina Faso, reflétant les principaux défis et besoins du secteur. Dans ce contexte, l'exercice de cartographie dynamique des ressources en santé joue un rôle fondamental en mettant en évidence le financement de ces domaines stratégiques.

D'une part, il permet d'évaluer le niveau de dépenses et ressources allouées et d'identifier les secteurs nécessitant une attention et des investissements accrus. D'autre part, cette démarche contribue à renforcer la coordination entre les différents acteurs et partenaires du secteur de la santé, en favorisant des interventions alignées et mutualisées. Ainsi, elle offre une opportunité de maximiser l'impact des ressources disponibles et d'aborder de manière collective et efficace les enjeux de santé publique auxquels le pays est confronté.

3.10. Analyse sur les Soins de Santé Primaires (SSP)

Les Soins de Santé Primaires (SSP) forment le pilier central de la progression vers la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso. Les SSP sont définis 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.* »⁹.

L'analyse du financement SSP au Burkina Faso montre que ce domaine capte plus de 61% des ressources totales dédiées au secteur de la santé, soit une moyenne annuelle de 508 milliards de FCFA pour la période 2022-2026. L'État joue un rôle central dans le financement des Soins de Santé Primaires (SSP), avec une contribution moyenne de plus du tiers des ressources par an soit environ 281 milliards de FCFA. Cet investissement illustre l'engagement étatique à renforcer les SSP conformément aux engagements pris. Les ménages, pour leur part, assurent 32% de la contribution, suivis des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) avec 30% et du secteur privé, qui apporte 5%.

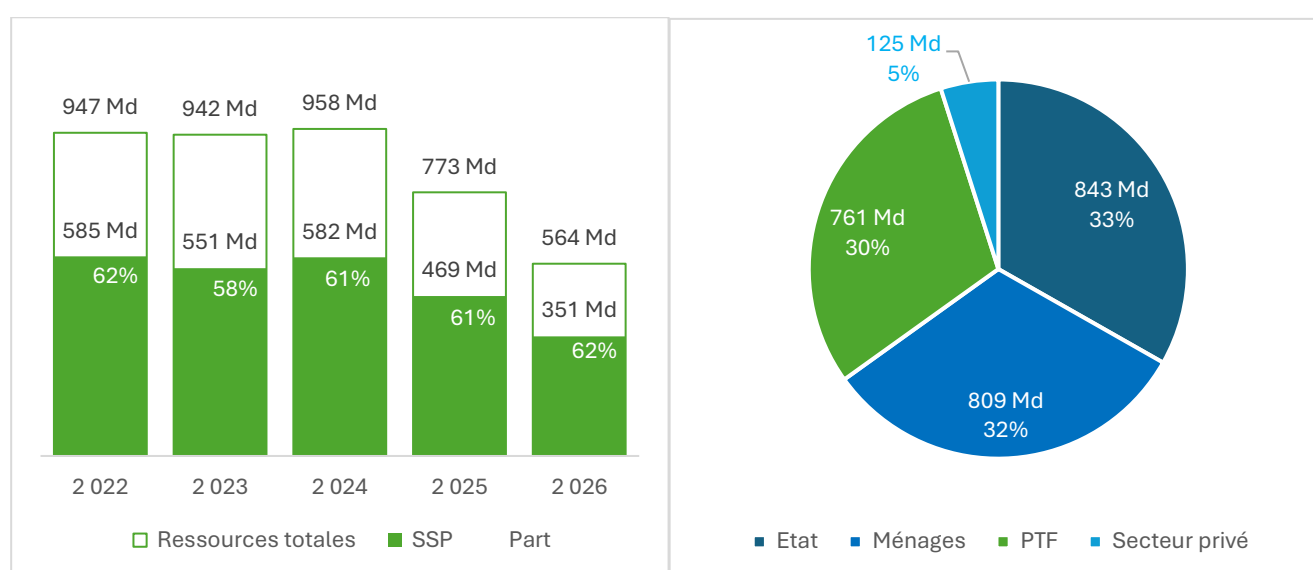


Figure 22 : Part annuelle des SSP dans les ressources totales et contribution par acteur (2022-2026)

Pour les deux dernières années, les SSP enregistrent un taux d'exécution de 86% en moyenne soit 84% en 2022 et 88% en 2023.

Pour la période 2024-2026, les ressources SSP s'élèvent à 1 402 milliards de FCFA provenant de l'État (37%), des ménages (29%), des PTF (28%) et du secteur privé (6%). Plus de 80% des ressources SSP émanant des PTF proviennent du Fonds mondial (39%), de la Banque mondiale (17%), de GAVI (11%), de l'USAID (7%) et de l'UNICEF (6%).

L'analyse détaillée des ressources SSP révèle de fortes disparités d'un district à un autre. En effet, pendant que le district de Léma (Hauts-Bassins) enregistre 48 566 FCFA comme ressources par habitant par an sur la période 2024-2026, le district de Diapaga ne reçoit que 13 872 FCFA soit 3,5 fois de moins. La moyenne nationale s'établit à 19 963 FCFA. Cela interpelle à assurer une juste répartition des ressources SSP, en tenant aussi compte des contraintes sécuritaires qui prévalent dans les différentes localités de sorte à assurer un accès équitable à la santé pour tous. Le détail de ces financements est fourni en annexe 6.

⁹ Source : Plan d'investissement SSP 2024-2028 du Burkina Faso

Hormis la répartition des ressources SSP par district et par habitant, il convient également d'analyser le niveau de financement de ce domaine stratégique en tenant compte du référentiel en la matière à savoir le PATG 2024-2026 qui découle du PNDS 2021-2030

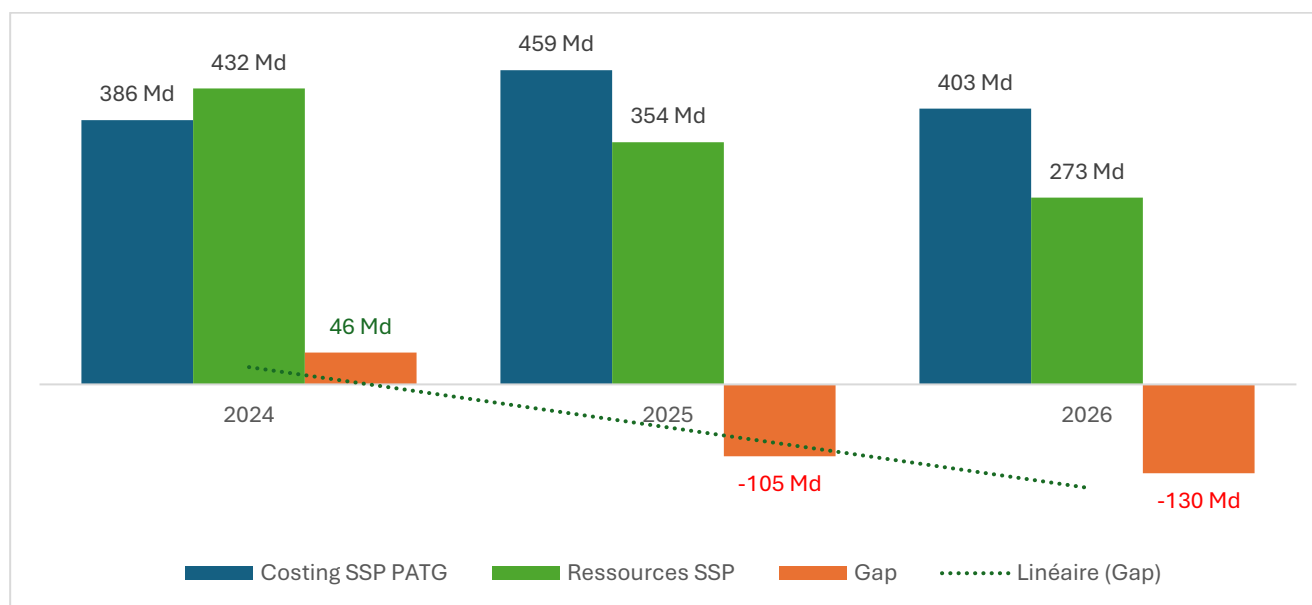


Figure 23 : Gaps annuels de financement des SSP selon le PATG 2024-2026

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.

3.11. Analyse sur la Santé Communautaire (SC)

La santé communautaire joue un rôle clé dans la marche du Burkina Faso vers la couverture sanitaire universelle, en s'imposant comme un pilier central du système de santé. Cette importance se traduit par diverses initiatives visant à garantir un meilleur accès aux soins pour les populations, notamment par le biais de l'institutionnalisation de la santé communautaire depuis 2016, avec la mise en place des agents de santé à base communautaire (ASBC), le recrutement de 15 000 Volontaires Nationaux/ASBC en 2023. Cette dynamique a été encore renforcée récemment avec l'élaboration de la Stratégie Nationale de Santé Communautaire (SNSC) pour la période 2024-2028 pour orienter les actions du domaine.

En 2023, selon les données de l'annuaire statistique de 2022, le Burkina Faso comptait 16 785 ASBC, dont plus de la moitié se concentre dans cinq régions : le Sud-Ouest (13%), la Boucle du Mouhoun (12%), le Centre-Nord (11%), le Nord (10%), et le Centre-Est (9%). Ce déploiement illustre l'engagement du pays à rapprocher les services de santé aux communautés. Il révèle aussi disparités régionales qui appellent à une meilleure planification pour un équilibre dans la répartition des agents et dans la coordination de leur fonctionnement notamment dans les zones à défis sécuritaires.

L'analyse sur la santé communautaire offre des perspectives essentielles sur les allocations budgétaires et les dépenses liées à la santé communautaire au Burkina Faso. Elle met en évidence la répartition des ressources financières sur le plan spatial et temporel, permettant de mieux comprendre comment elles sont orientées pour soutenir les initiatives de santé communautaire. En outre, l'analyse identifie les écarts de financement, soulignant les insuffisances dans certains domaines ou régions, et propose des pistes pour optimiser l'utilisation des ressources. Ces données constituent une base pour ajuster les politiques de santé communautaire et pour renforcer l'impact des interventions de ce domaine clé.

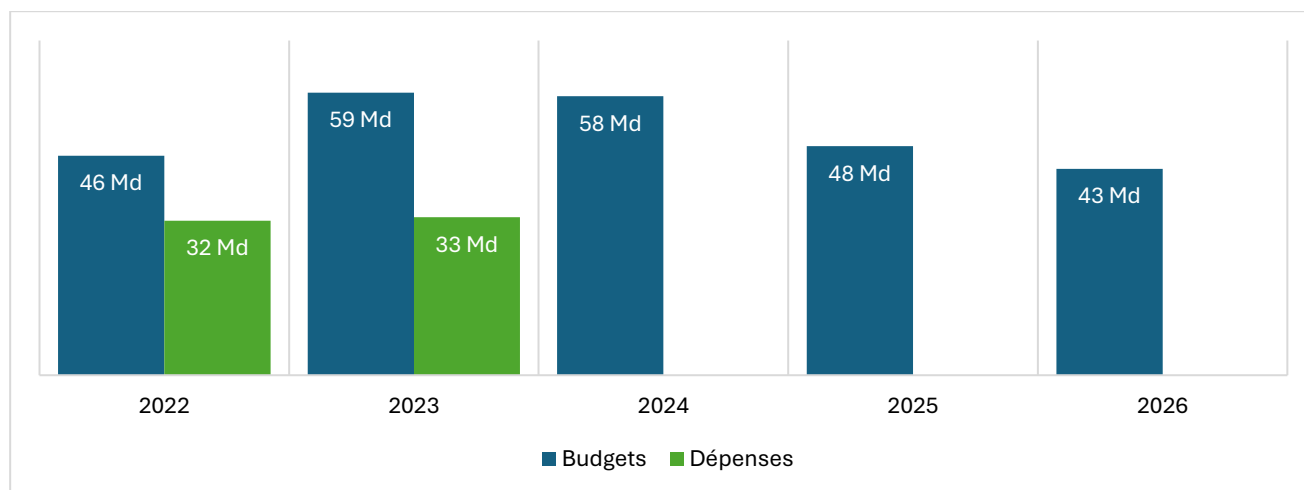


Figure 24 : Evolution du financement de la santé communautaire 2022-2026

Les allocations financières destinées à la santé communautaire au Burkina Faso, s'élèvent en moyenne à 50 milliards de FCFA par an sur la période 2022-2026.

Les dépenses sont en légère augmentation entre 2022 et 2023 (2%) mais le taux d'exécution financière a connu une baisse passant de 70% 2022 à 56% en 2023. Cela souligne la nécessité d'une gestion plus efficiente des ressources destinées à ce pan essentiel du système de santé. Sur la trentaine de milliards de FCFA de la période 2022-2023, 58% a émané des PTF contre 42% de l'État.

Sur la période prospective 2024-2026, la tendance de financement s'est inversée. Les ressources de la santé communautaire proviennent essentiellement de l'État soit 77% contre 23% des PTF. Parmi les PTF, les financements proviennent majoritairement de l'UNICEF avec 9 milliards (27%), la BID avec 6 milliards (17%), L.A.D avec 4,3 milliards (13%), la Banque mondiale avec 4 milliards (12%) et l'USAID avec 3 milliards (3%). Les financements 2024-2026 de la santé communautaire sont essentiellement orientés vers les ressources humaines notamment pour la motivation des ASBC à hauteur de 115 milliards de FCFA soit 77%. Les domaines qui suivent concernent la nutrition (6%), les infrastructures et équipements (4%), la santé de la reproduction (3%), la protection financière des ménages (2%) et la prise en charge du paludisme (2%).

La répartition des ressources SC par habitant révèle des disparités régionales dans l'accès aux interventions de santé communautaire. Cela est illustré par la différence de ressources par habitant entre la région du Centre-Sud qui reçoit environ 3 fois plus de ressources que la région du Nord en termes de financement de la santé communautaire pour la période 2024-2026. Cela s'explique entre autres par l'établissement de nouveaux partenaires intervenants dans la santé communautaire tels que Living Goods dans la région du Centre-Sud. Mais interpelle aussi pour un renforcement des interventions dans les localités telles que la région du Nord qui, en plus, font face aux contraintes sécuritaires.

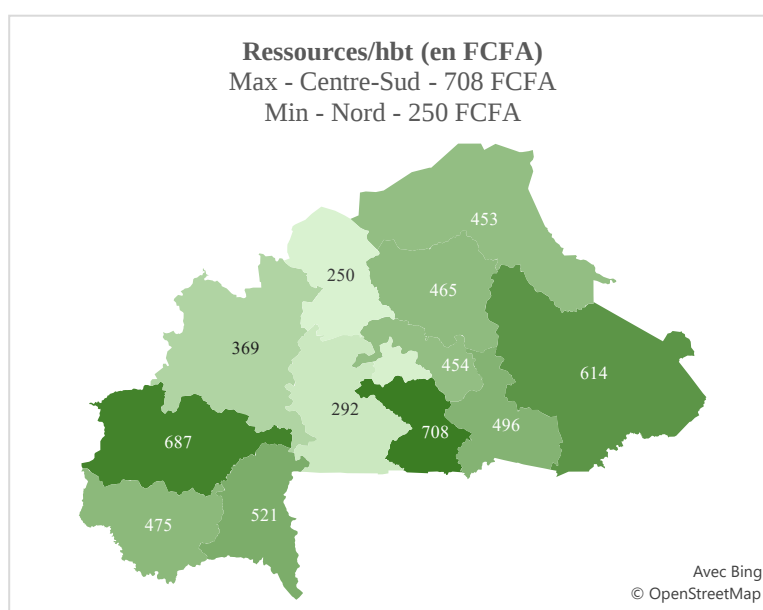


Figure 25 : Répartition du financement SC par habitant

Le financement de la santé communautaire enregistre un gap de financement global de - 6 milliards de FCFA sur la période 2024-2026 soit - 4% par rapport au *costing* de la SNSC qui s’élève à 155 milliards pour la période.

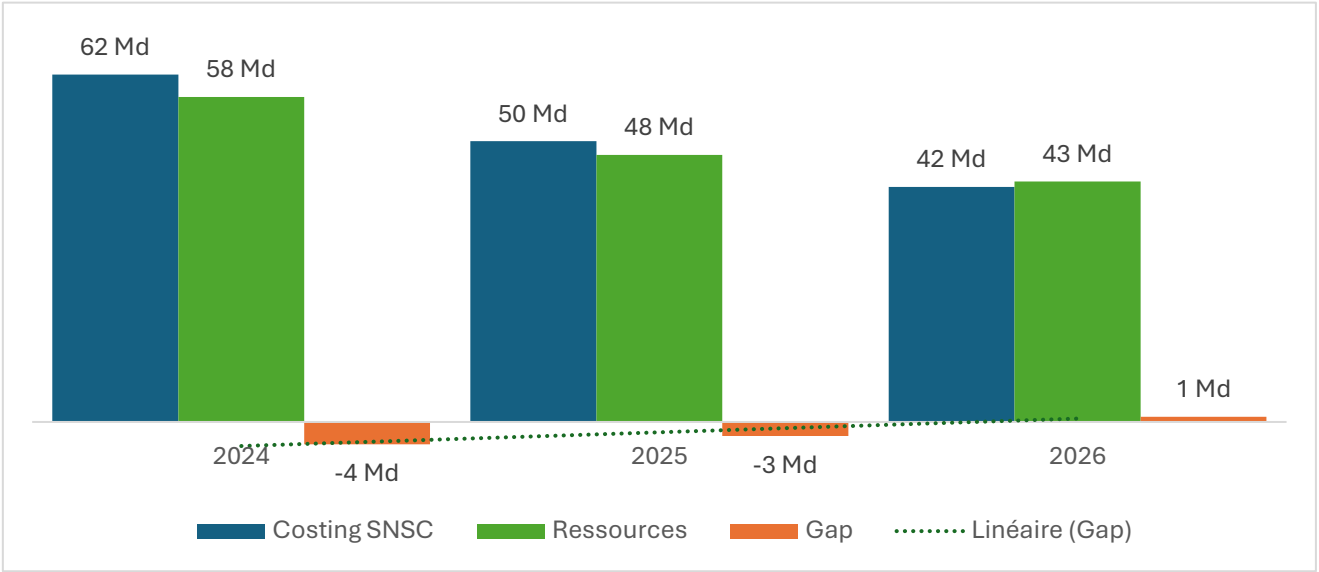


Figure 26 : Gaps annuels de financement de la santé communautaire selon la SNSC 24-28

Des efforts de plaidoyers devraient être engagés par les différents acteurs de la santé communautaire pour mobiliser les ressources manquantes de sorte à assurer une couverture des besoins et attentes croissantes des populations en matière d’interventions communautaires.

3.12. Analyse sur la SRMNEA-N

Le Burkina Faso a engagé depuis plusieurs années des efforts significatifs pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Cependant, malgré des avancées notables, ces indicateurs de santé restent élevés. En termes de mortalité maternelle, le ratio, qui était de 484 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998¹⁰, a progressivement diminué pour atteindre 307,3 en 2006¹¹ et 222,9 en 2019¹². Concernant la mortalité infantile, une réduction importante a également été observée, passant de 91,7 pour 1 000 naissances vivantes en 2011¹³ à 55,9 pour 1 000 en 2019¹⁴. Ces progrès traduisent une dynamique positive, mais mettent en évidence la nécessité de poursuivre les efforts pour atteindre des niveaux conformes aux normes internationales.

L’analyse des tendances de financement de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, de l’Enfant, de l’Adolescent, et de Nutrition (SRMNEA-N) livre plusieurs renseignements clés. En effet, sur la période 2022 à 2026, les financements du domaine s’élèvent en moyenne à 350 milliards de FCFA par an. Les dépenses SRMNEA-N ont progressé de 12% entre 2022 et 2023. Grâce notamment à une amélioration de l’exécution financière de la période qui est parallèlement passée de 76% à 88% notamment tirée par l’État dont le taux d’exécution 2022 était de 60% et est passé à 89% en 2023.

¹⁰ EDS 1998
¹¹ RGPH 2006
¹² RGPH 2019
¹³ PNDS 2011-2020
¹⁴ RGPH 2019

Quant aux ressources financières SRMNEA-N de la période 2024-2026, elles s’élèvent au total à 1 063 milliards de FCFA financées à hauteur de 57% par l’État accompagné des PTF à 43%.



Figure 27 : Evolution du financement de la SRMNEA-N 2022-2026 par source de financement

Globalement sur la période 2024-2026, 70% du financement total des PTF qui s’élève à 452 milliards de FCFA, provient de cinq acteurs clés à savoir le Fonds mondial avec 144 milliards de FCFA (32%), GAVI avec 54 milliards de FCFA (12%), l’USAID avec 42 milliards de FCFA (9%), la Banque mondiale avec 40 milliards de FCFA (9%) et l’UNICEF avec 37 milliards de FCFA (8%).

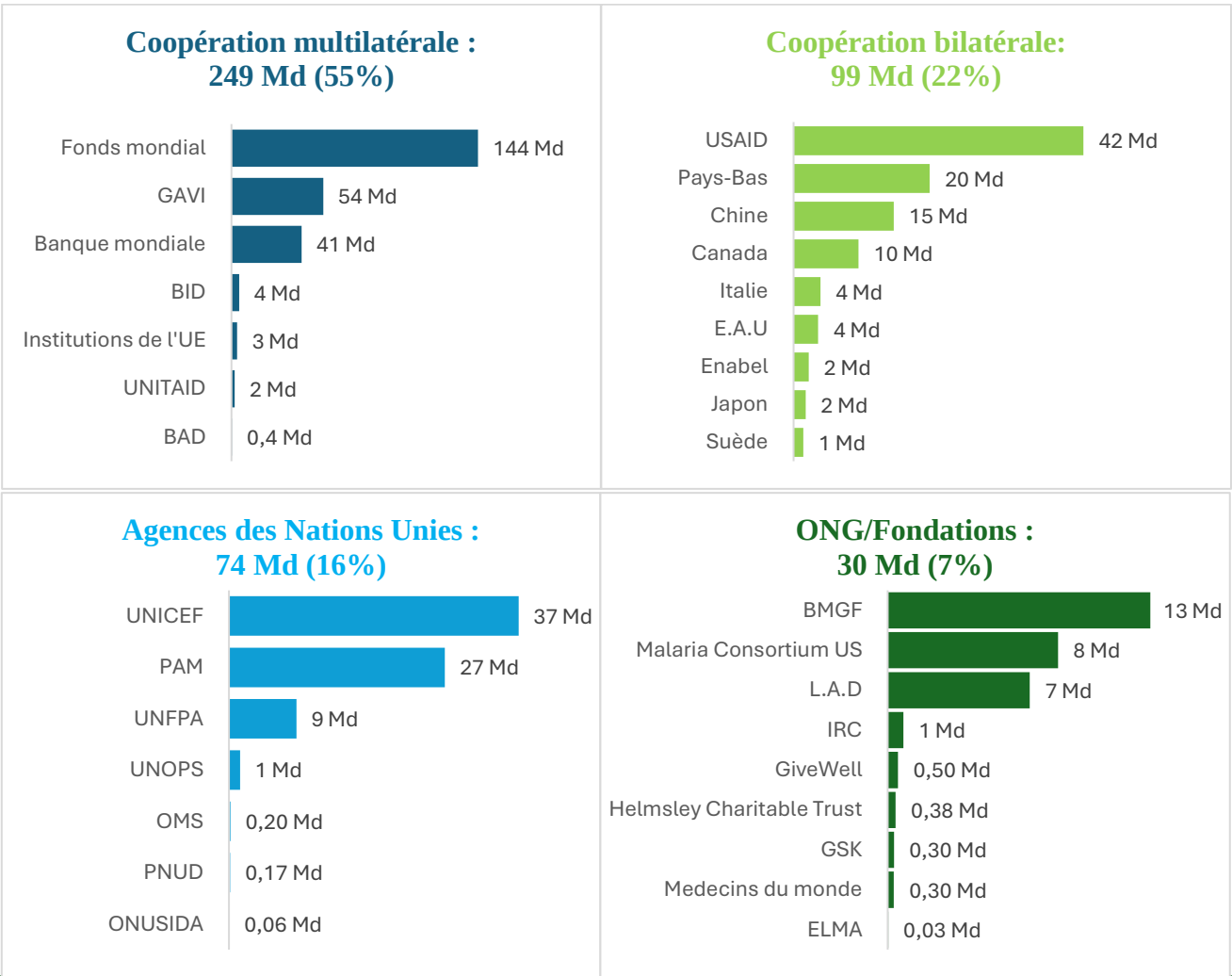


Figure 28 : Répartition des ressources SRMNEA-N 2024-2026 par PTF (bailleurs)

La Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile, et des Adolescents et Nutrition (SRMNEA-N) se situe au croisement de multiples sous-domaines de la santé. Les analyses qui suivent mettent en exergue les différentes composantes de ce domaine en mettant en évidence les dynamiques de financement de ces composantes et leur rôle clés dans le système de santé du pays.

3.12.1. Santé reproductive et santé maternelle

La Santé de la reproduction (SR) constitue un domaine clé du système de santé du Burkina Faso. Annuellement, la SR bénéficie d'environ 20 milliards de FCFA de la part de l'Etat et des PTF.

Sur la période 2024-2026, ce domaine enregistre 52 milliards de FCFA, financés à 94% par les PTF et 6% émanant de l'Etat. Les interventions de santé reproductive proviennent essentiellement de la Banque mondiale (33% des ressources totales des PTF) notamment à travers le projet SWEDD+, du Canada (18% des ressources PTF) avec ses projets RESPECT et PRURIELLES, de l'UNFPA (16% des ressources PTF), et des Pays-Bas (12% des ressources PTF) avec entre autres les projets PSLV, SRAJ-BF.

La répartition des ressources SR de la période 2024-2026 par rapport à la principale cible de la SR (femmes en âge de procréer) de chaque région montre une répartition disproportionnée des ressources appelant à davantage d'actions concertées pour assurer un accès équitable aux interventions de ce domaine essentiel. A titre illustratif, sur une moyenne nationale de 9 231 FCFA, la région de la Boucle du Mouhoun enregistre 13 235 FCFA de ressources par cible contre 5342 FCFA pour la région des Cascades soit 2,5 fois de différence.

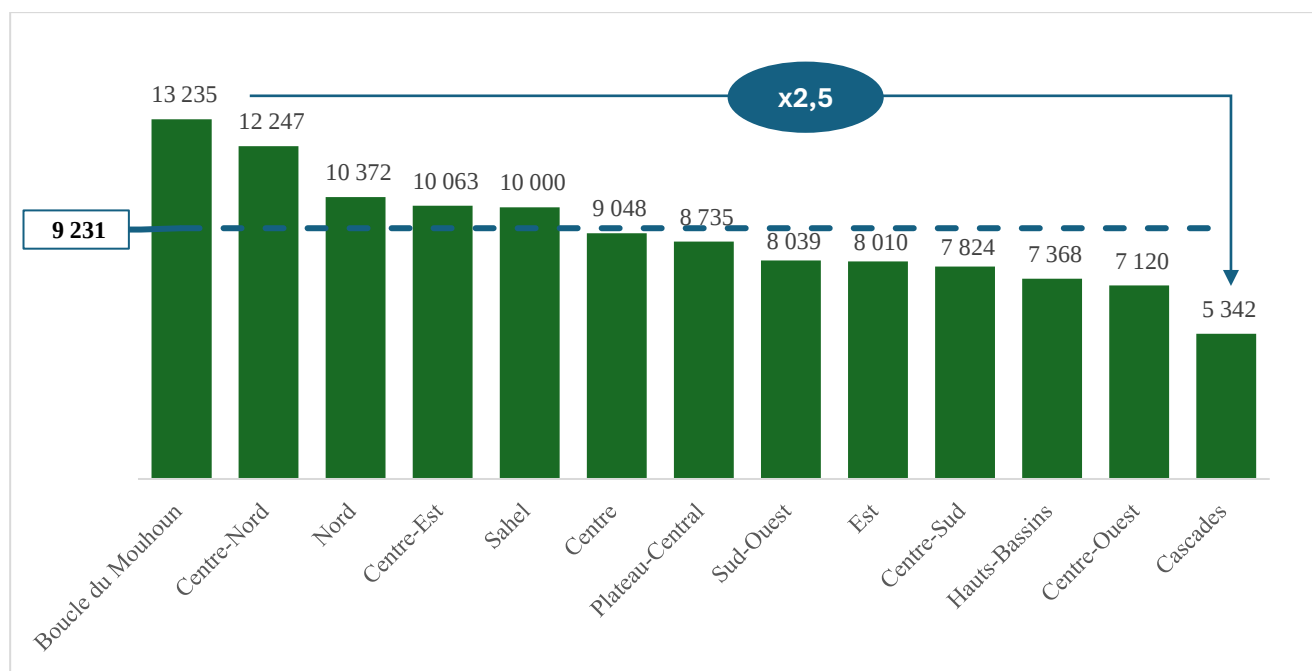


Figure 29 : Répartition des ressources de santé reproductive 2024-2026 par région et par cible

Le domaine de la SR dégage un gap global de 7% sur la période 2024-2026 mais cache des gaps négatifs en 2025 et 2026. En effet, la SR réalise un gap de 12 milliards de FCFA en 2024 mais connaîtra des gaps négatifs au cours des deux années suivantes soit respectivement - 2 milliards de FCFA et - 6 milliards de FCFA. En valeur absolue, le gap total de financement de la période s'élève à 4 milliards de FCFA. Cela appelle à une meilleure réaffectation des ressources additionnelles de 2024 à

À l'instar de la santé reproductive, la santé maternelle constitue un domaine crucial du secteur de la santé 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. Pour face à ce défi de réduction du taux de mortalité maternelle, des efforts sont déployés à la fois par l'Etat et par les autres parties prenantes du secteur de la santé pour réduire considérablement ce ratio. Ces efforts passent également par l'allocation financière optimale des ressources financières.

Le domaine de la santé maternelle constitue l'un des domaines avec assez d'écart de financement entre les différentes localités du pays. En effet, le domaine alloue en moyenne 13 753 FCFA par cible pour la période 2024-2026. Bien que la majorité des régions soit au-dessus de cette moyenne nationale soit 8 régions sur les 13, les régions comme le Centre, le Nord, le Centre-Nord enregistrent 6 à 7 fois plus de ressources que les régions telles que les Cascades et le Plateau Central : ~30 000 FCFA vs. ~4000 FCFA.

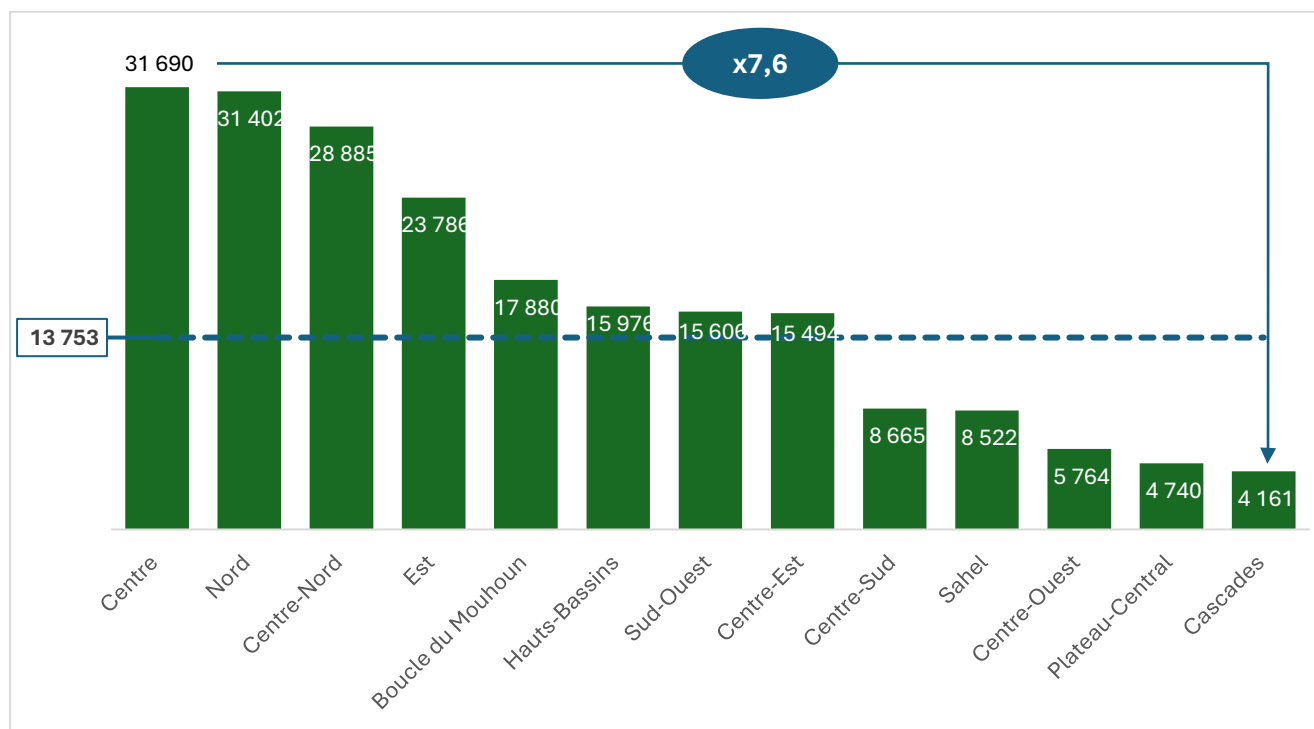


Figure 30 : Répartition des ressources de santé maternelle 2024-2026 par région et par cible

3.12.2. Santé néonatale et infantile

Tout comme la santé reproductive et maternelle, la santé néonatale et infantile occupe une place centrale dans le système national de santé.

Le financement de ce domaine s'élève à 291 milliards de FCFA sur la période 2024-2026 soit environ 97 milliards de FCFA par an. Ce financement provient essentiellement des PTF (76% du financement total). Parmi les principaux PTF contributeurs du domaine l'on relève le Fonds mondial (50% des financements PTF), l'UNICEF (13%), le PAM (12%), l'USAID (7%).

Les principales catégories de coûts auxquelles les ressources de santé néonatale et infantile sont orientées sont l'achat de médicaments et consommables médicaux (141 milliards de FCFA soit 49% des ressources), l'acquisition de biens et services (64 milliards de FCFA soit 22%), l'approvisionnement et la gestion de la chaîne logistique (26 milliards de FCFA soit 9%), la gestion et administration (26 milliards de FCFA soit 9%), la supervision (20 milliards de FCFA soit 7%). Ces domaines regroupent 95% du financement total de la période 2024-2026 dédié à la santé néonatale et infantile.

La répartition régionale des ressources du domaine en fonction des cibles de chaque localité révèle des écarts et disparités entre les différentes régions.

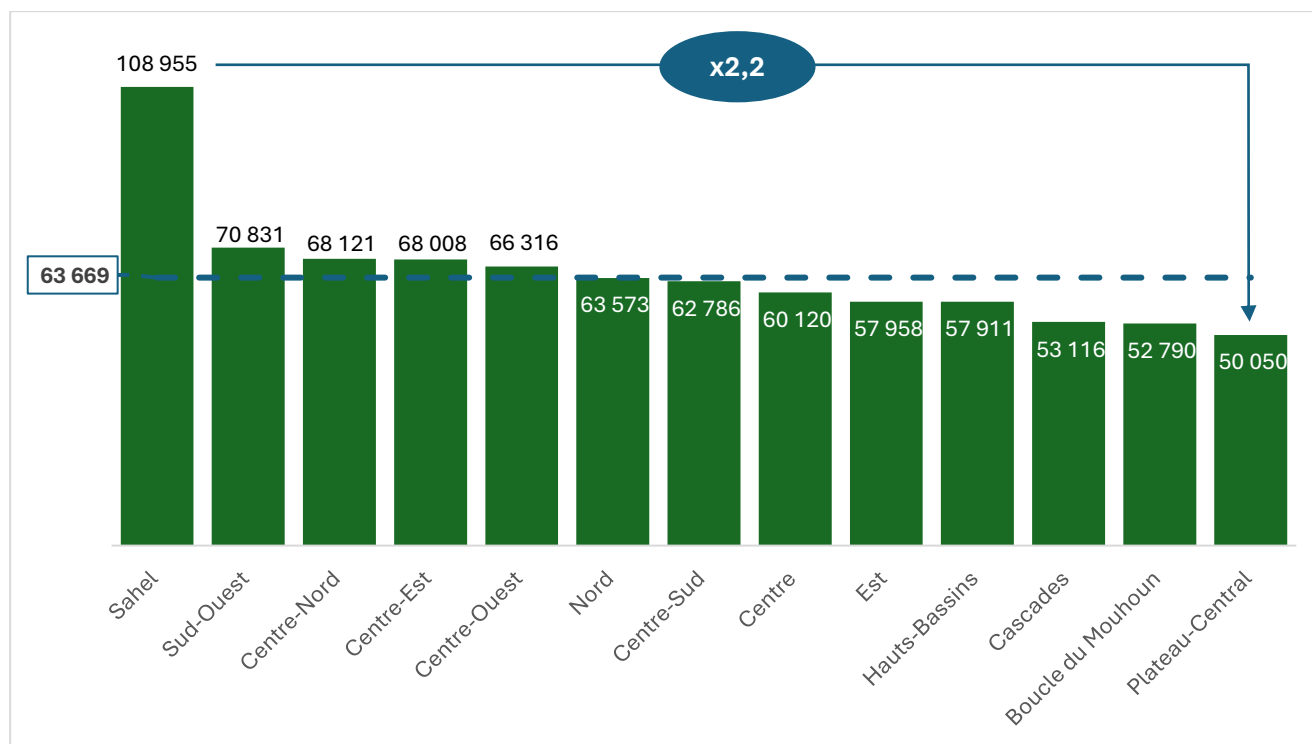


Figure 31 : Répartition des ressources de santé néonatale et infantile 2024-2026 par région et cible

Les disparités régionales les plus marquées dans la distribution des ressources de santé néonatale et infantile sont illustrées dans la figure ci-dessus. La région du Sahel enregistre 2 à 3 fois plus de ressources que la région du Plateau Central en ce qui concerne les ressources de santé néonatale et infantile pour la période 2024-2026. En effet, sur une moyenne nationale de 63 669 FCFA, la région du Sahel capte 108 955 FCFA contre 50 050 FCFA pour la région du Plateau Central.

De ce constat, il convient alors de tenir compte des mouvements de population d'une région à l'autre afin d'assurer la réallocation des ressources vers certaines régions d'accueil de sorte à garantir une prise en charge adéquate des populations cibles dans ces localités.

3.12.3. Nutrition

Le défi sécuritaire que traverse le Burkina Faso depuis quelques années, a pour corollaire entre autres une exacerbation de la situation alimentaire surtout chez les enfants de moins de cinq ans. Selon l'UNICEF, au Burkina Faso, la malnutrition entraîne chaque année 26 000 décès d'enfants de moins de cinq ans et affecte gravement l'économie, avec une perte annuelle de 408 milliards de FCFA. Près d'un million d'enfants souffrent de retard de croissance, et plus de 2,5 millions (83,4 %) sont anémiés¹⁵.

Pour répondre à cette préoccupante situation, diverses initiatives sont mises en œuvre par l'État et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), visant à prévenir et combattre la malnutrition dans les différentes localités du pays.

Sur la période 2024-2026, les ressources destinées à la nutrition s'élèvent à hauteur de 95 milliards de FCFA. L'essentiel de ce financement est orienté vers la prévention (46%), ensuite les soins et traitement (42%) et enfin la surveillance (12%) et bénéficie premièrement à la cible "enfants de moins de 5 ans" à 86% et aux femmes enceintes et allaitantes à 14%.

Sur le total du financement, la contribution de l'État s'élève à 4 milliards de FCFA soit 4%, le reste du financement émane des PTF tels que l'UNICEF avec 29 milliards de FCFA soit 30%, le PAM avec 27 milliards de FCFA soit 29%, la Banque mondiale avec 15 milliards de FCFA soit 15%. Cette forte dépendance vis-à-vis des PTF met en évidence la nécessité de diversifier les sources de financement et

¹⁵ <https://www.unicef.org/burkinafaso/nutrition>

de renforcer les engagements pour lutter efficacement contre la malnutrition, en particulier chez les populations les plus vulnérables.

En l’absence de données prospectives plus désagrégées, l’analyse de l’équité dans la distribution des ressources dédiées à la nutrition porte sur la période 2022-2024. Elle examine l’arrimage entre les ressources allouées aux populations des différentes régions du pays et les besoins des cibles de ces localités.

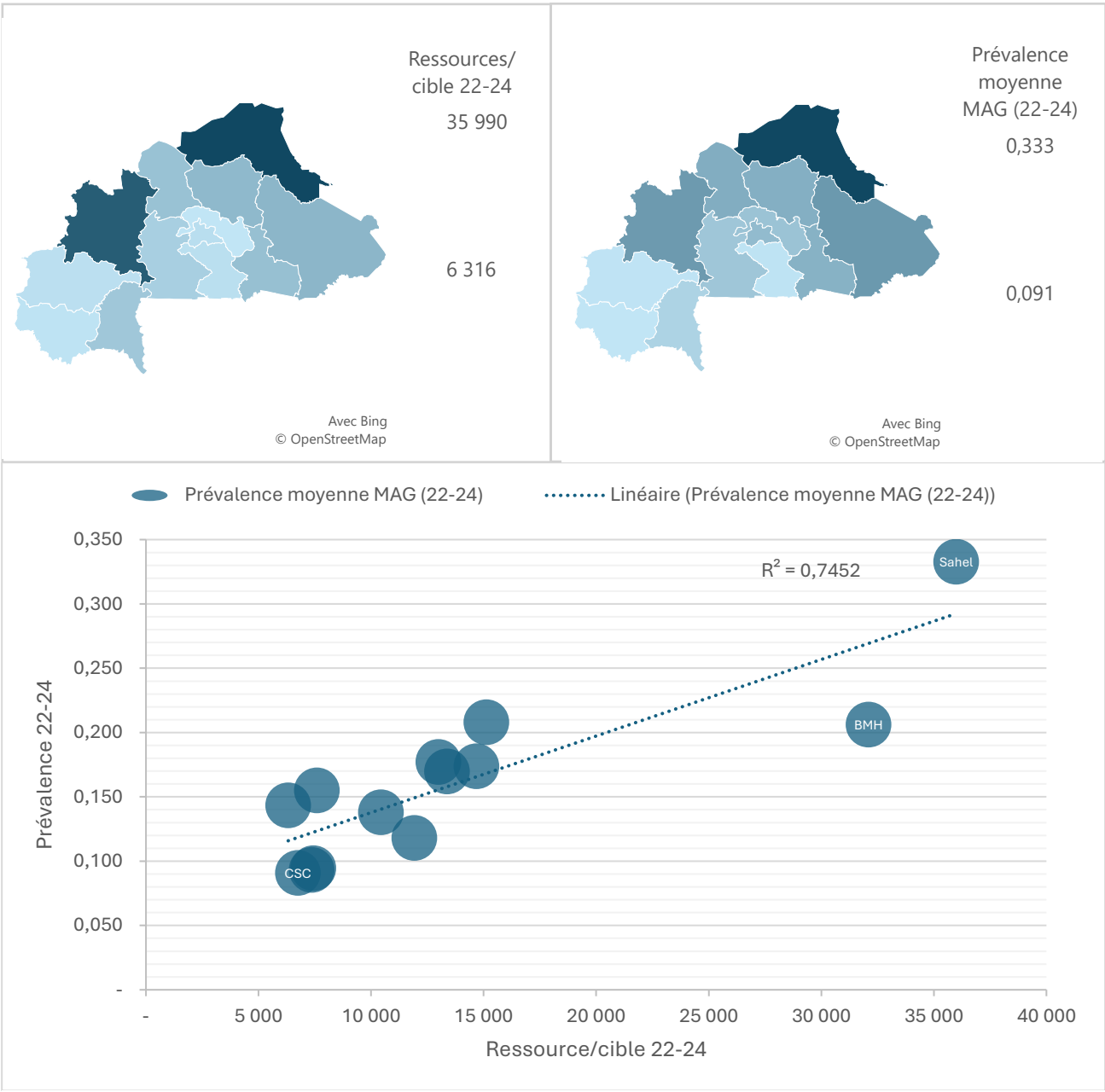


Figure 32 : Équité dans la répartition des ressources de la nutrition 2022-2024 par région et cible

Les résultats de l’analyse ci-dessus montre une cohérence entre les besoins des populations de chaque région et les ressources allouées par cible. Le coefficient de corrélation (R) s’élève à 0,86 pour un coefficient de détermination (R^2) de 0,74. Il convient de maintenir et renforcer cette dynamique pour une équité totale dans l’accès aux interventions visant à juguler la malnutrition pour le bien-être des populations de toutes les localités du pays.

Par ailleurs, le domaine de la nutrition enregistre d’importants gaps financiers négatifs appelant à l’accentuation des efforts de gestion efficace des ressources disponibles et d’engagement de plaidoyers pour mobiliser davantage de ressources pour financer ce domaine vital. En effet, le gap global de financement de la nutrition sur la période 2024-2026 s’élève à - 263 milliards de FCFA soit - 73% du financement requis pour couvrir les actions prévues par le plan stratégique (PS) Nutrition. Cet écart important provient aussi du manque de visibilité des acteurs du domaine pour informer convenablement leurs prévisions financières sur les 3 années.

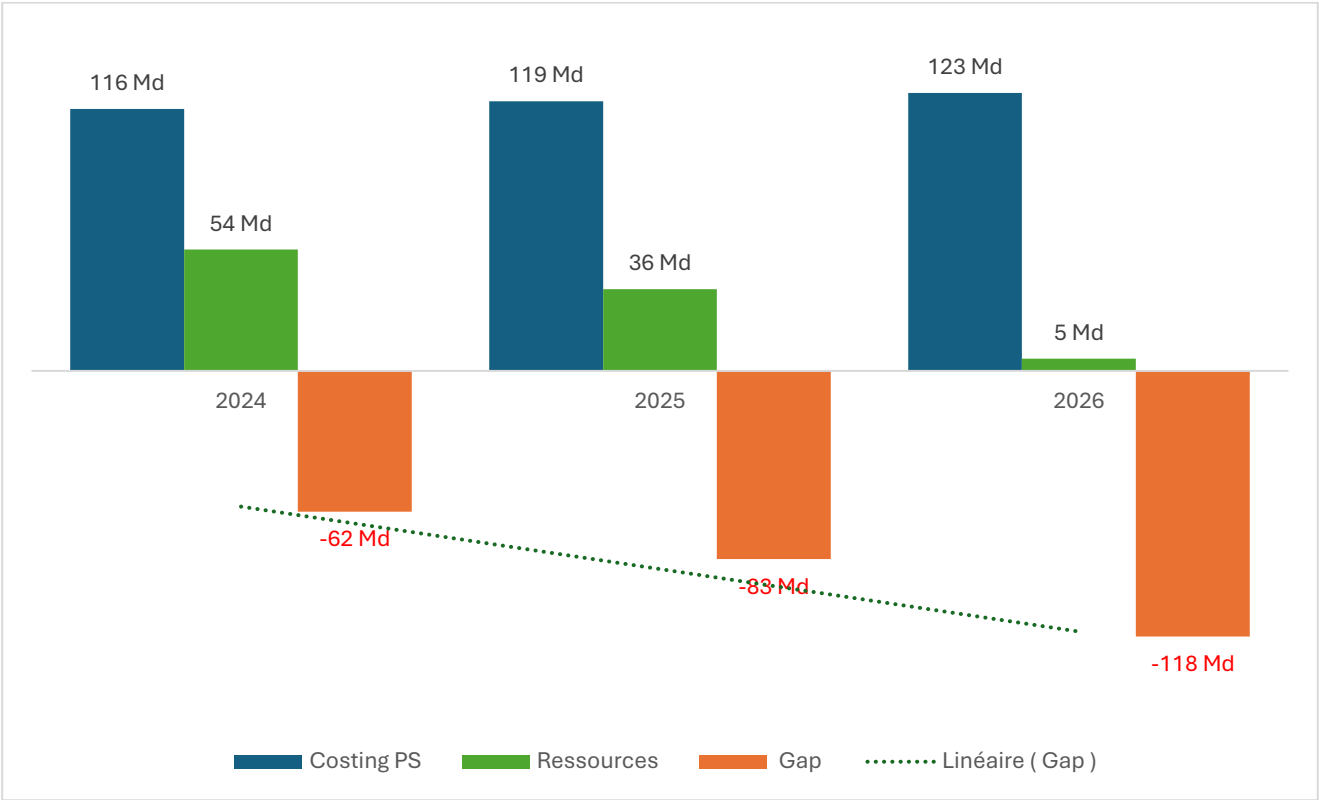


Figure 33 : Gaps annuels de financement de la nutrition selon le PS multisectoriel nutrition

3.13. Analyse sur les principales pathologies

Cette section analyse succinctement sept (7) pathologies considérées comme prioritaires et bénéficiant d'une attention particulière au sein du système de santé du pays. Elles concentrent 343 milliards de FCFA sur la période 2024-2026 soit 17% des ressources totales en santé.

3.13.1. Paludisme

Le paludisme demeure l'une des principales priorités du système de santé burkinabè. En effet, la situation sanitaire du Burkina Faso est marquée par une morbidité et une mortalité élevée dues aux maladies endémo-épidémiques avec particulièrement une forte incidence du paludisme.

Selon l'annuaire statistique produit par le Système national d'information sanitaire (SNIS), en 2023 cette pathologie demeurerait le principal motif de consultation (35,1%), d'hospitalisation (22,9%) et la première cause de décès (9,1%) dans les structures sanitaires du pays. Avec une incidence de 471 pour mille en 2023. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les cibles les plus vulnérables.

Globalement, le financement du paludisme connaît des variations importantes d'une année à l'autre du fait de la tenue de campagnes trisannuelles de distribution universelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA).

Ainsi les années de distributions de ces MILDA, les financements augmentent drastiquement. De plus, le soutien GAVI au vaccin antipaludique en 2024 a augmenté les financements du domaine au-delà des montants habituels.

Sur la période 2022-2023, le paludisme a concentré 103 milliards de FCFA de dépenses de santé pour un taux d'exécution global de 87%.

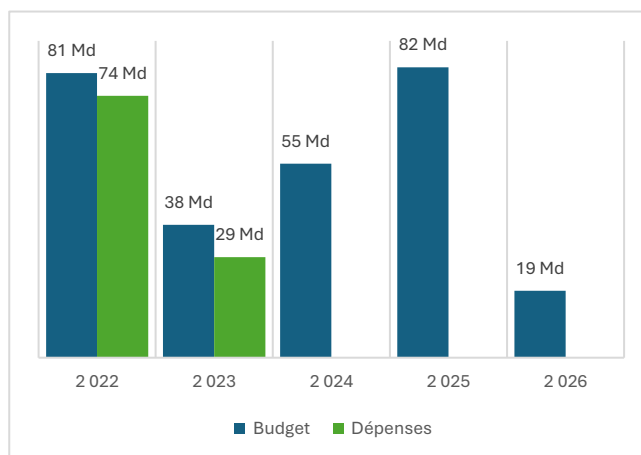


Figure 34 : Evolution du financement du paludisme de 2022-2026

Sur la période 2024-2026, en dehors des financements dédiés aux ressources humaines et à la construction d'infrastructures et équipements sanitaires, le paludisme se positionne comme le principal domaine financé avec 156 milliards de FCFA soit 10% du financement total dédié à la santé.

Le financement du paludisme est principalement orienté vers la prévention (64%), ensuite les soins et traitement (27%), et enfin la surveillance (9%). Globalement 2/3 de ces financements servent à l'acquisition de biens et services (36%) et à l'achat de médicaments et consommables médicaux (31%).

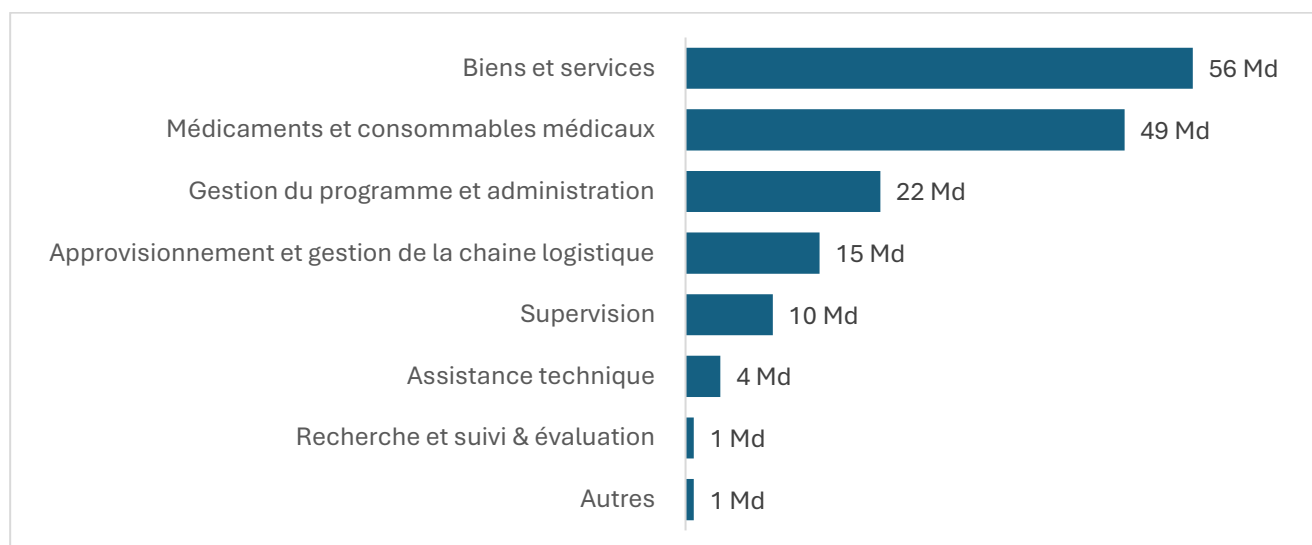


Figure 35 : Catégories de coûts du financement du paludisme 2024-2026

L'allocation efficace des ressources vers les localités les plus vulnérables est un levier clé pour réduire l'incidence et la létalité du paludisme grave au Burkina Faso. Ainsi, l'analyse ci-dessous présente, par région, les dépenses par habitant pour le paludisme en 2022 et le taux de létalité du paludisme grave en 2023. Les résultats montrent que pour la population générale, les régions enregistrant les taux de létalité les plus élevés comme le Centre-Nord (1,3) et le Sahel (1,0) ont consacré plus de ressources par habitant au paludisme l'année précédente ce qui n'est pas le cas pour d'autres localités telles que le Sud-Ouest (1,1) et l'Est (0,8). Par ailleurs, pour la population des moins de 5 ans, l'on note que malgré son incidence en dessous de la moyenne nationale (0,9 vs. 1,5), et sa forte densité populationnelle, la région du Centre alloue le plus de ressources destinées à la lutte contre le paludisme pour cette cible. A contrario d'autres régions à forte incidence telles que le Sud-Ouest (1,6), l'Est (1,3) et les Cascades (1,0) disposent de moins de ressources par rapport à la cible des moins de 5 ans. Ces observations soulignent, entre autres, la nécessité de renforcer l'adéquation entre les ressources financières allouées et les indicateurs spécifiques du paludisme.

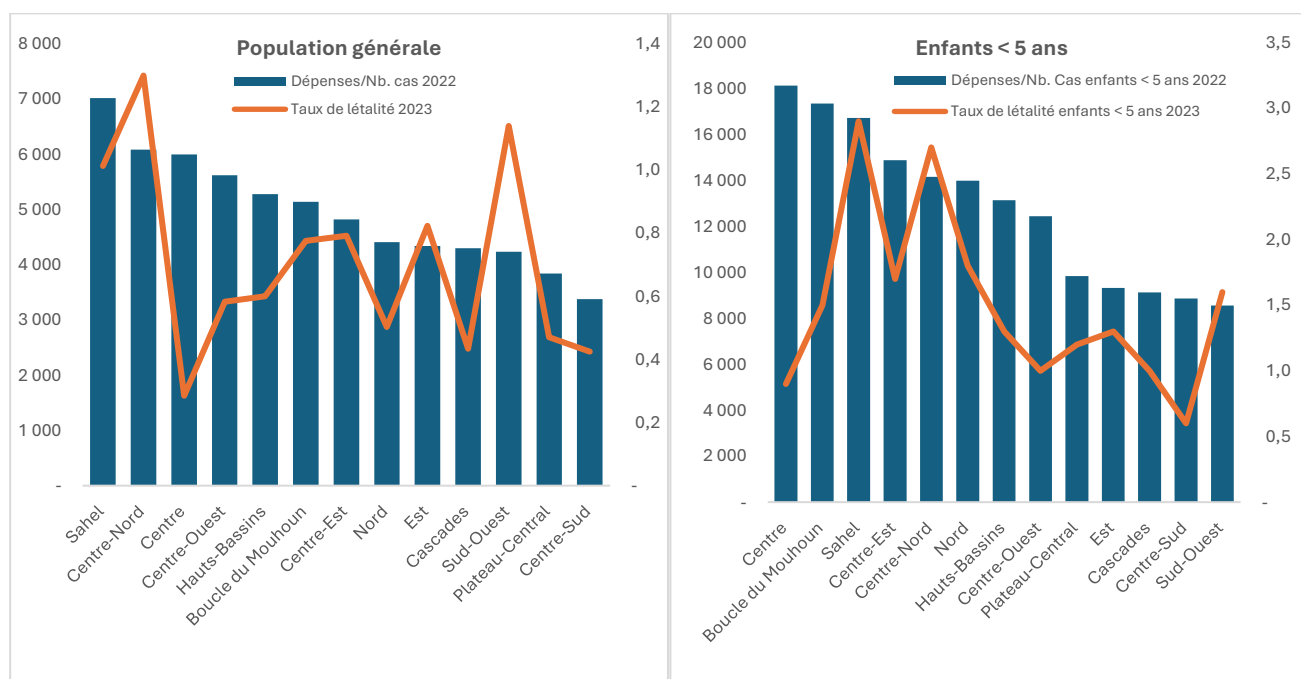


Figure 36 : Répartition régionale des dépenses/hbt (2022) vs. taux de létalité du paludisme (2023)

L'analyse des écarts de financement dans la lutte contre le paludisme au Burkina Faso montre qu'en moyenne, plus d'un tiers des besoins financiers annuels restent non couverts, compromettant la réalisation de certaines interventions clés. Cela nécessite un renforcement des plaidoyers pour mobiliser davantage de ressources financières, mais aussi une meilleure allocation des fonds disponibles, et une planification alignée sur les priorités stratégiques. Une coordination renforcée entre les parties prenantes est également essentielle pour maximiser l'impact des financements, éviter les doublons, et optimiser l'utilisation des ressources dans la lutte contre cette maladie endémique.

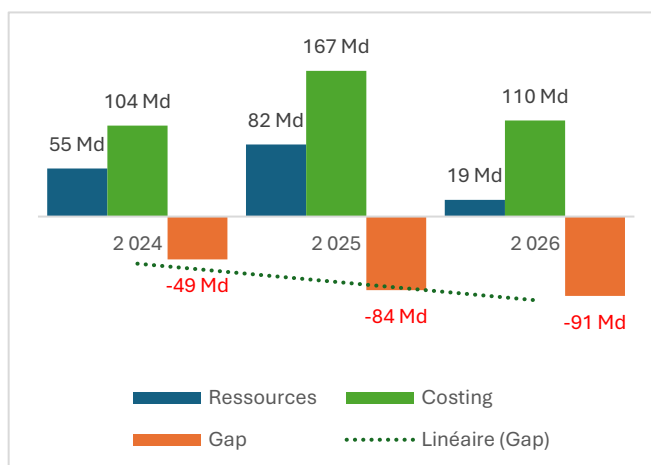


Figure 37 : Gaps de financement du paludisme 2024-2026 selon le PSN Paludisme révisé

3.13.2. VIH/SIDA et IST

La lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso a connu des avancées significatives, marquées par une réduction notable du taux de prévalence. D'après l'annuaire statistique 2023 et le rapport 2023 de l'ONUSIDA et le rapport biennal 2022-2023 de l'OMS¹⁶, ce taux, qui atteignait 7,17 % en 1997, a drastiquement baissé pour s'établir à 0,6% en 2023 parmi la population générale âgée de 15 à 49 ans, témoignant des efforts soutenus dans la prévention et la prise en charge de la maladie.

En matière de financement, le domaine draine annuellement en moyenne 18 milliards de FCFA provenant de l'État et des PTF. La hausse drastique du volume de financement entre 2022 et 2023 est tributaire au démarrage du cycle GC7 du Fonds mondial mais aussi de la prise en compte du financement étatique au niveau de la Présidence du Faso pour soutenir l'action du Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (SP/CNLS-IST).

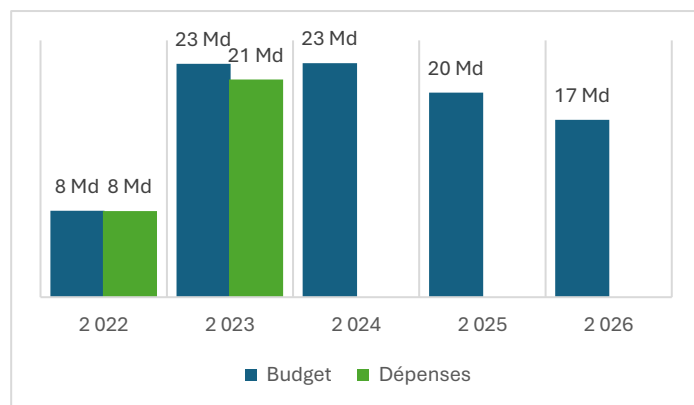


Figure 38 : Evolution du financement du VIH/SIDA et IST de 2022-2026

Sur la période 2024-2026, le domaine VIH/SIDA et IST mobilise au total 60 milliards de FCFA de la part de sept (7) acteurs à savoir : le Fonds mondial (44%), l'État (39%), l'USAID (12%) et un total cumulé de 5% de la part de l'UNOPS, l'UNICEF, l'ONUSIDA et BMGF. Plus de 79% de ces ressources sont orientées vers l'achat de médicaments et consommables médicaux.

Par ailleurs, le taux d'exécution des financements 2022-2023 du VIH/SIDA et IST fait partie des plus élevés soit 100% en 2022 et 93% en 2023.

L'analyse ci-dessous montre qu'il y a un réel arrimage entre les ressources dédiées à la lutte contre le VIH/SIDA et IST dans les régions et la file active dans chaque région.

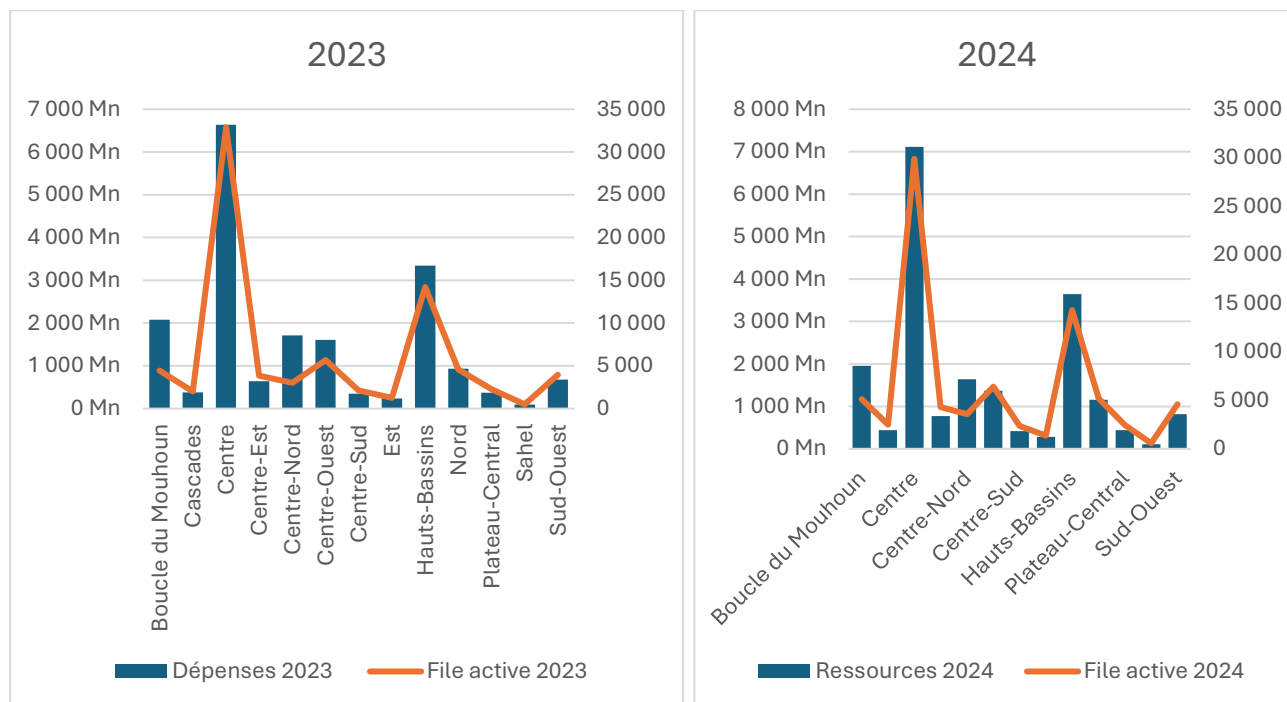


Figure 39 : Répartition régionale des dépenses 2023 et des ressources 2024 vs. files actives annuelles

¹⁶ <https://www.afro.who.int/fr/countries/burkina-faso/publication/rapport-biennal-de-loms-au-burkina-faso-2022-2023>

Pour la période prospective 2025-2026, cet arrimage est maintenu. En effet, avec des fortes corrélations positives ($R=0,99$) entre les ressources allouées et les files actives annuelles, la répartition des ressources semble convenir parfaitement avec les cibles de chaque localité. Cela en appelle à un maintien des acquis de l'allocation budgétaire de sorte à garantir une exécution financière équitable des ressources prévues.

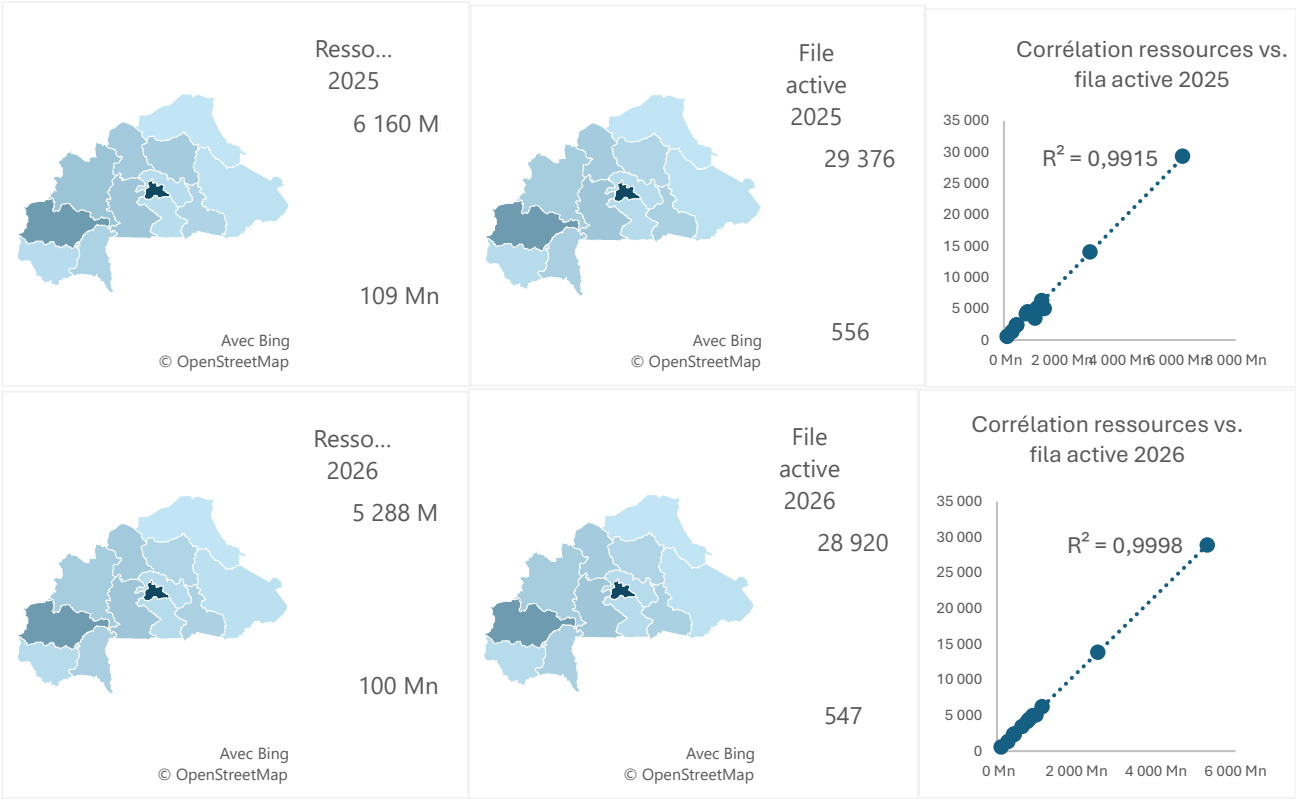


Figure 40 : Répartition régionale des ressources 2025-2026 vs. files actives annuelles

A l’instar des autres domaines prioritaires, le VIH/SIDA et IST enregistre des gaps structurellement négatifs (-32 milliards de FCFA au total sur la période 2024-2026 soit -35%) appelant à un renforcement des actions de mobilisation, de gestion rigoureuse et de planification objective de sorte à garantir un financement optimal de ce domaine clé.

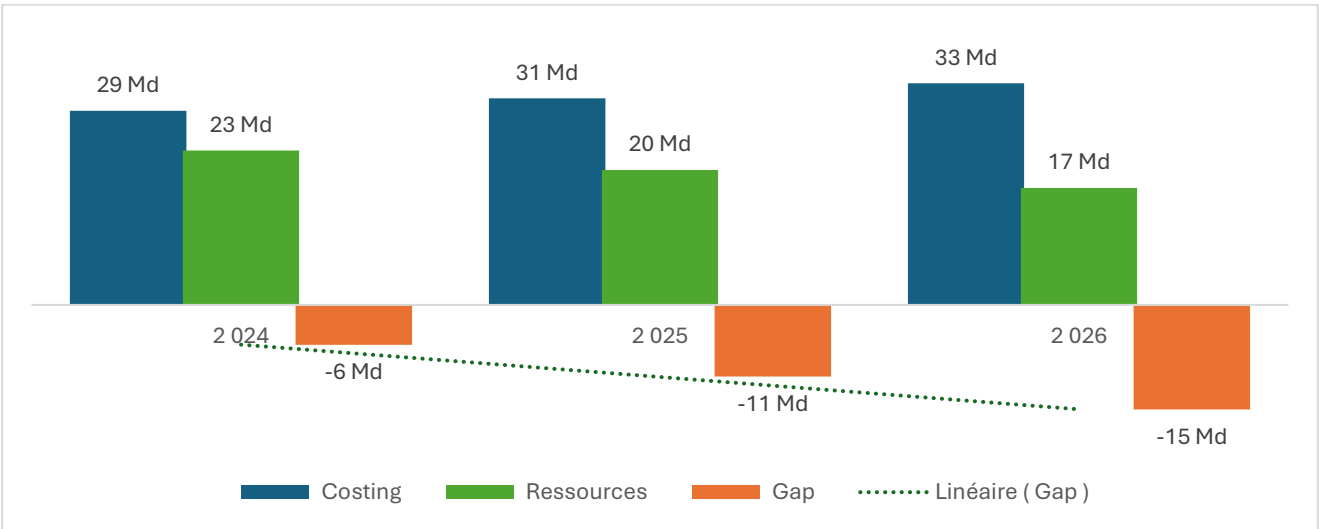


Figure 41 : Gaps de financement du VIH/SIDA et IST selon le PATG 2024-2026

3.13.3. Tuberculose

La tuberculose (TB) constitue un défi de santé publique majeur au Burkina Faso, classé 77^e parmi les 100 pays à forte charge de la maladie, selon l'OMS. Avec un taux d'incidence estimé à 44 cas pour 100 000 habitants (soit 9 900 cas), seulement 69% des cas sont notifiés. En 2023, le taux de mortalité est estimé à 5,4 décès pour 100 000 habitants¹⁷, soulignant l'urgence d'intensifier les actions de lutte contre la maladie.

En matière de financement, la TB reçoit annuellement en moyenne 2 milliards de FCFA de la part de l'État et des PTF. Sur la période 2024-2026, le financement de la TB s'élève à 5,7 milliards de FCFA. Ce financement émane quasi-totalement du Fonds mondial (99%). L'État n'apportant qu'environ 43 millions de FCFA. Cela interpelle sur la nécessité d'assurer la soutenabilité du financement du domaine en augmentant les ressources destinées à la TB.

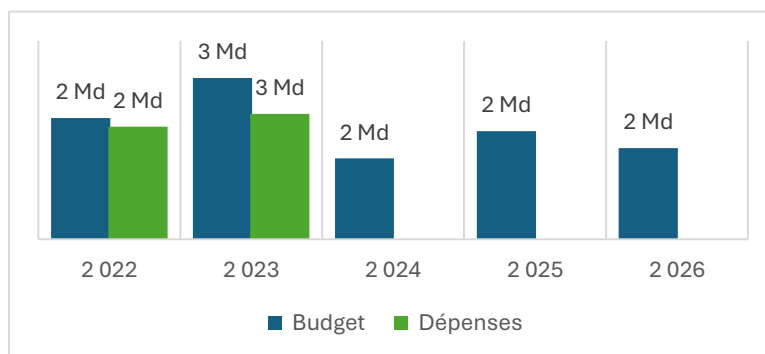


Figure 42 : Evolution du financement de la tuberculose de 2022-2026

Les ressources destinées à la TB sur la période 2024-2026 servent de manière équitable à des interventions de prévention (50%) et de soins et traitement (50%). Ces ressources vont quasi-totalement dans l'achat de médicaments et consommables médicaux (99%).

L'analyse de la répartition régionale des ressources de TB par rapport aux cas dépistés dans chaque région montre une corrélation positive entre le nombre de cas identifiés et les ressources allouées à chaque localité ($R=0,78$). Toutefois, des régions comme l'Est et la Boucle du Mouhoun qui enregistrent 2 fois moins de cas par rapport aux régions telles que le Sud-Ouest et le Sahel reçoivent 2 fois plus de ressources. Il faudrait adresser ces situations pour garantir un accès équitable aux ressources de TB.

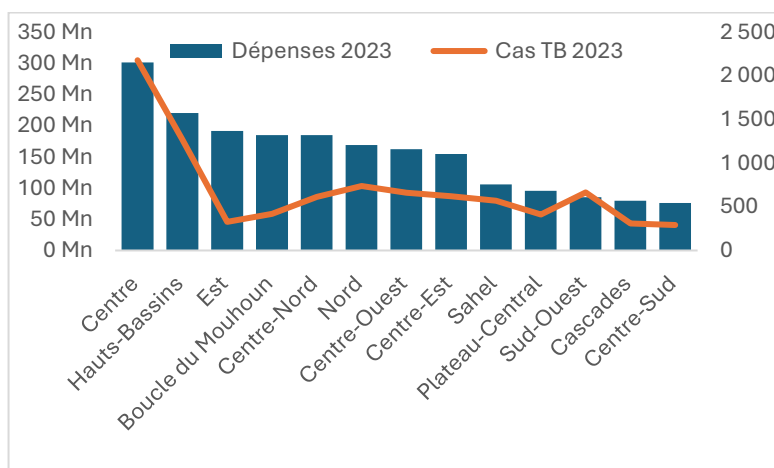


Figure 43 : Dépenses TB vs. Cas TB par région 2023

Le domaine de la tuberculose enregistre des gaps annuels de plus de -2 milliards de FCFA sur la période 2024-2026 soit plus de la moitié des ressources nécessaires pour faire face aux besoins des populations par rapport à ce domaine clé.

Des efforts de mobilisation et allocation optimale des ressources sont nécessaires pour combler ces gaps identifiés

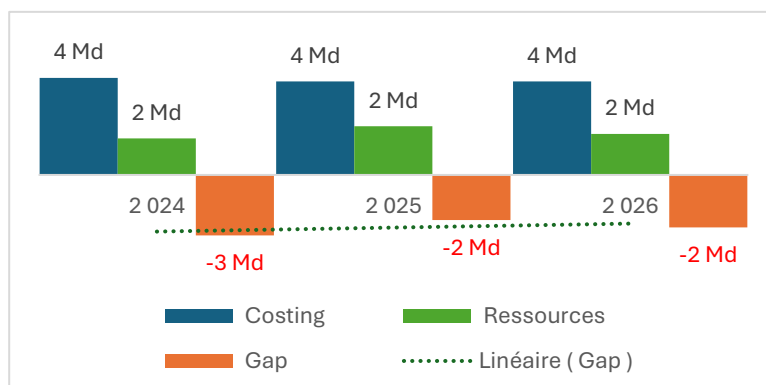


Figure 44 : Gaps de financement de la Tuberculose sur la période 2024-2026

¹⁷ <https://www.afro.who.int/fr/countries/burkina-faso/publication/rapport-biennal-de-loms-au-burkina-faso-2022-2023>

3.13.4. Maladies non transmissibles (MNT)

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays en développement, les maladies non transmissibles constituent un réel problème de santé publique eu égard à l'importance des facteurs de risque associés à ces pathologies qui concernent entre autres, les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les maladies mentales, la drépanocytose.

Les MNT bénéficient en moyenne de 7 milliards de FCFA par an. L'Etat demeure la principale source de financement de ce domaine au Burkina Faso avec plus de 89% des ressources totales.

Sur la période 2024-2026 l'essentiel des ressources de l'Etat (98%) s'oriente vers l'acquisition de produits pour les unités de dialyse (8 milliards en 2024), le reste vers l'organisation de campagnes de chirurgies cardiaques et l'appui au centre national de lutte contre la cécité.

Sur le total de financement de la période 2024-2026, qui s'élève à 20,5 milliards de FCFA, le sous-domaine insuffisance rénale exclusivement financé par l'Etat capte 18 milliards de FCFA soit 88%. Ensuite le financement du cancer qui s'élève à 2 milliards de FCFA (10%) porté par UNITAID à travers le projet SUCCESS 1&2 (1,9 milliards de FCFA) et par Médecins du monde. Le reste du financement (2%) est reparti entre les maladies cardiovasculaires, la santé mentale (portée essentiellement par l'Italie à travers le projet Renaissance 2) et l'infection des yeux et oreilles.

Les besoins non couverts en matière de MNT s'élèvent en moyenne à -12 milliards de FCFA, nécessitant des efforts conjugués de gestion rigoureuse et efficiente des ressources disponibles et de mobilisation de ressources additionnelles. Par ailleurs, nécessitant des traitements spécialisés, l'essentiel des financements sont centrés sur les CHU et CHR dans les zones urbaines. Cela appelle à une meilleure coordination pour garantir l'accessibilité des services de prévention et de prise en charge des MNT à tous.

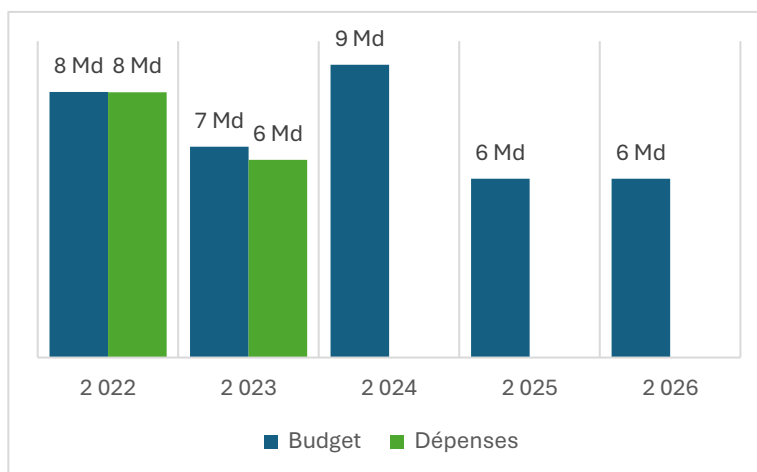


Figure 45 : Evolution du financement des MNT 2022-2026

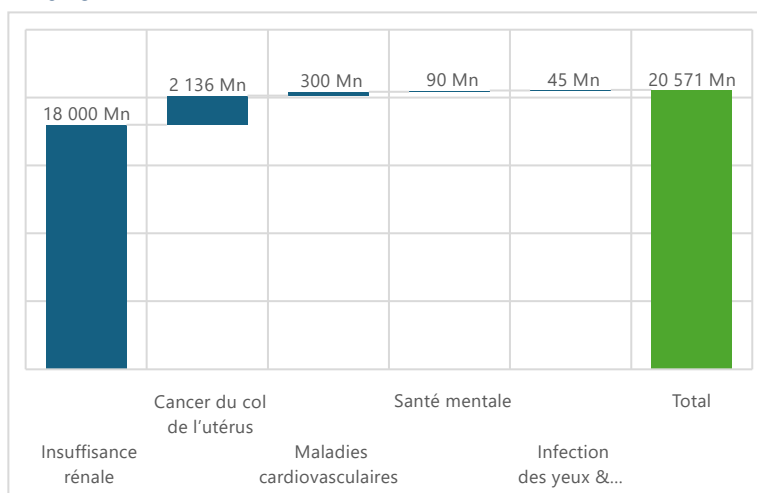


Figure 47 : Financement des MNT 2024-2026 par sous-domaine

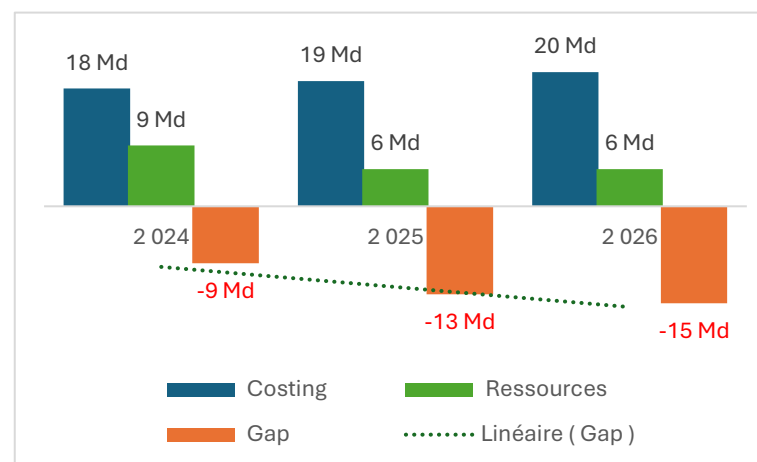


Figure 46 : Gap de financement des MNT 2024-2026

3.13.5. Maladies tropicales négligées (MTN)

Les maladies tropicales négligées (MTN) représentent un défi sanitaire majeur au Burkina Faso. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 19 MTN sont surveillées dans le pays¹⁸ certaines à chimiothérapie préventive notamment la schistosomiase et la filariose lymphatique et d'autres pour la gestion des cas tels que la lèpre, l'ulcère de Buruli, la leishmaniose cutanée, la dengue.

Les MTN ont bénéficié d'un financement global de 4,3 milliards de FCFA sur la période 2022-2023 pour une exécution de 4 milliards de FCFA soit 93%.

Près de 70% de ce financement a été orienté vers les régions du Centre (28%), de l'Est (18%), du Sahel (10%), du Sud-Ouest (8%) et des Hauts-Bassins (5%). En 2023, le top cinq des régions qui ont enregistré le plus de cas de MTN sont le Sud-Ouest (24%), les Hauts-Bassins (13%), le Centre-Ouest (13%), le Centre-Est (10%) et la Boucle du Mouhoun (9%). Cela appelle à un meilleur arrimage des ressources par rapport aux besoins et situations sanitaires des différentes localités du pays.

Pour la période 2024-2026, les MTN enregistrent globalement 5 milliards de FCFA. La part de l'Etat s'élève à 120 millions de FCFA soit 2% du financement total. Les PTF finançant les MTN (à 98%) : END Fund (47%), USAID (32%), BMGF (6%), BAD (5%), Accelerate (5%), Fondation l'Occitane (4%). Le financement total des MTN est orienté vers le niveau opérationnel notamment vers les CM, CSPA/CSI/Infirmes (92%). Ces ressources servent à la prévention à hauteur de 72%, ensuite aux soins et traitement (27%), et à la surveillance (2%). Les médicaments et consommables médicaux constituent le principal poste de coûts avec 4,6 milliards soit 92% du financement total de la période.

Par ailleurs, plus de 63% des ressources MTN sont orientées vers les régions du Centre (23%), de l'Est (17%), du Sahel (9%), des Hauts-Bassins (7%) et du Sud-Ouest (7%).

Les MTN constituent l'un des domaines les moins financés par rapport aux besoins exprimés dans le costing PNDS 2021-2030 du domaine. Le gap annuel de financement s'élève en moyenne à -19 milliards de FCFA (-91%). Cela montre à dessein que les efforts de l'Etat et des partenaires techniques et financiers devraient être accentués sur ce domaine en particulier de sorte à juguler ce défi de santé publique qui affecte plusieurs milliers de Burkinabè dans les différentes localités du pays. Ces efforts de mobilisation de ressources devraient aussi aboutir à une meilleure allocation des ressources mobilisées pour garantir un accès équitable à toutes les populations.

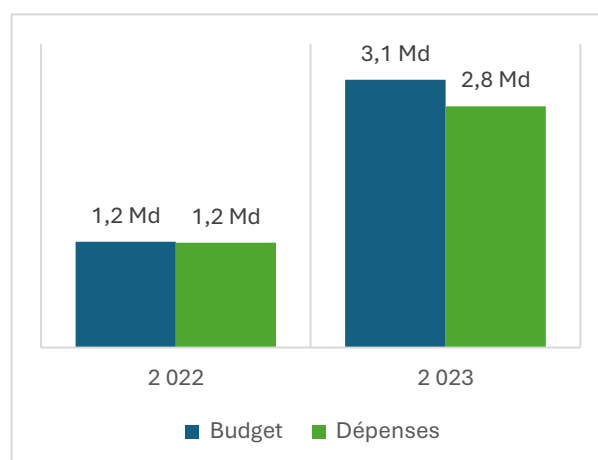


Figure 48 : Dépenses de MTN 2022-2023

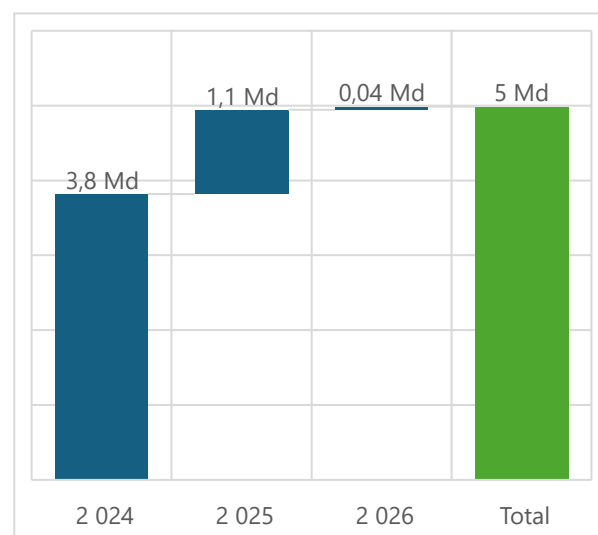


Figure 49 : Financement MTN 2024-2026

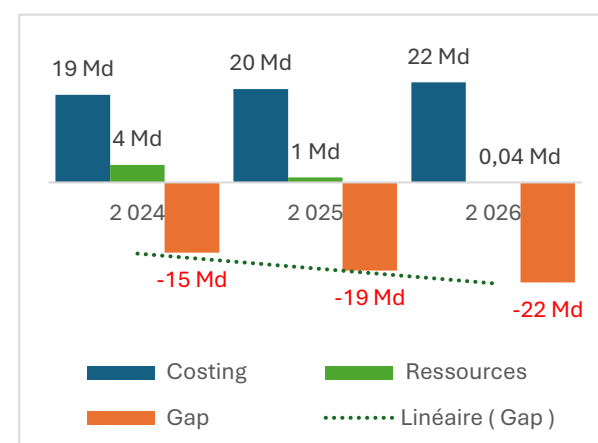


Figure 50 : Gap de financement MTN 24-26

¹⁸ <https://www.afro.who.int/fr/countries/burkina-faso/publication/rapport-biennal-de-loms-au-burkina-faso-2022-2023>

3.13.6. COVID-19 et épidémies

La lutte contre les différentes épidémies et la pandémie de COVID-19 constituent de réelles préoccupations pour l'État et les différentes parties prenantes clés du système national de santé.

Le financement de ce domaine principalement porté par les ressources de la COVID-19, s'élève en moyenne à 8 milliards annuellement sur la période 2022-2026.

Les ressources étatiques dédiées au financement de la riposte COVID-19 et aux épidémies s'élèvent à 1,6 milliards de FCFA sur la période 2024-2026 soit 2% des ressources de la période.

Plus de 93% du financement de ce domaine émane de 3 PTF à savoir le Fonds mondial avec le C19RM-2023-2025 à hauteur de 40%, les ressources du Pandemic Fund de la Banque mondiale à hauteur de 35%, et les ressources de l'UNICEF pour "Capacités accrues pour la préparation et la réponse intégrée aux urgences sanitaires" pour 18%.

La baisse drastique du financement dédié à ce domaine comme l'a recommandé la précédente édition de la cartographie, a consisté à une réorientation stratégique des ressources vers d'autres domaines prioritaires notamment pour le renforcement du système de santé à travers la mise à niveau du système de laboratoire.

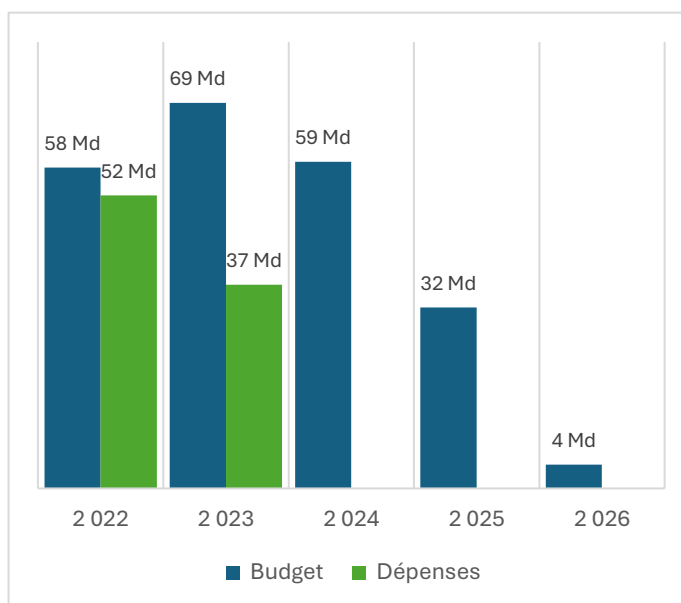


Figure 51 : Evolution du financement COVID-19 & épidémies de 2022-2026

Ces efforts de réallocation devraient s'accroître dans les années à suivre. Par exemple les ressources Pandemic Fund de la Banque mondiale qui s'élèvent à plus de 10 milliards de FCFA pour la période 2024-2026, sont redirigées vers l'appui à la gestion des urgences sanitaires à travers l'approche One Health et au respect des exigences du Règlement sanitaire international (RSI) 2005 d'ici 2026. Les interventions clés concernent le renforcement de la surveillance épidémiologique, l'amélioration des systèmes de laboratoire et le renforcement des capacités des acteurs multisectoriels.

Ces actions pourront ultimement contribuer au renforcement global du système de santé au Burkina Faso.

3.14. Analyse du Renforcement du Système de Santé (RSS)

Le renforcement du système de santé (RSS) constitue un pilier essentiel pour un système de santé performant, résilient et conforme aux standards internationaux.

Il s'articule autour de sept domaines clés :

1. les ressources humaines;
2. les infrastructures et équipements;
3. la protection financière des ménages;
4. la gouvernance et coordination;
5. les systèmes d'information sur la santé;
6. le financement de la santé;
7. les produits de santé et produits sanguins labiles.

Le RSS capte plus de 350 milliards en moyenne par an.

Sur la période 2024-2026, le RSS mobilise 1 066 milliards de FCFA représentant plus de 53% des ressources totales en santé de la période. Près de 60% de ces ressources sont orientées vers les ressources humaines, 24% vers les infrastructures et équipement et environ 10% pour la protection financière des ménages.

Pour tous ces domaines de RSS cités, l’Etat est la principale source de financement avec plus de 89% des ressources totales de la période.

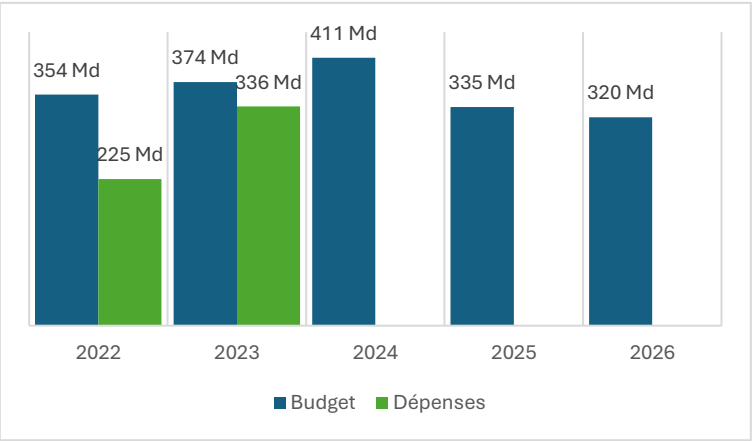
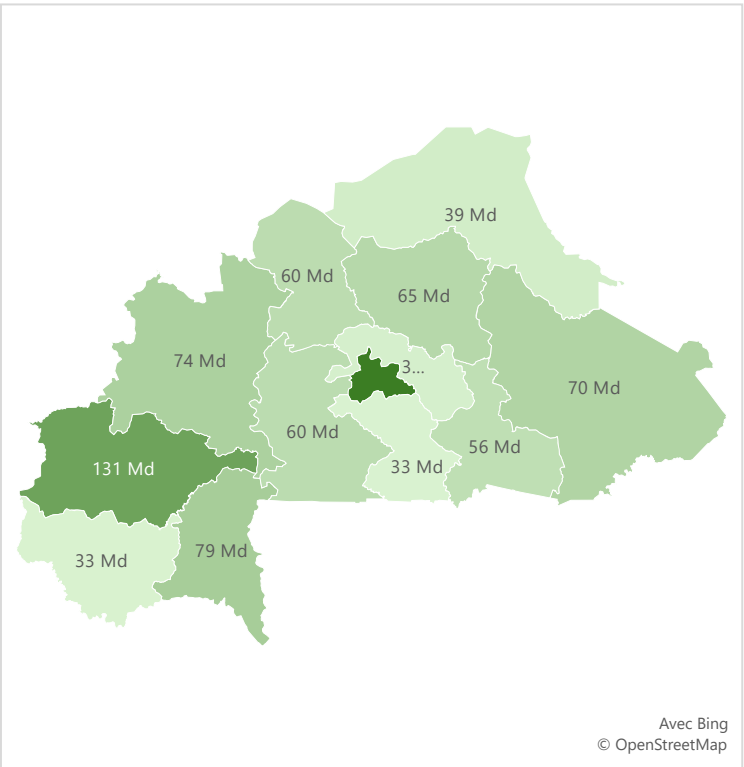


Figure 52 : Evolution du financement RSS 2022-2026

Le tableau ci-dessous présente les volumes et sources de financement du RSS sur la période 2024-2026.
Tableau 5. : Financement RSS 2024-2026

RSS 2024-2026	État	PTF	Total général	
Ressources humaines	626 Md	4 Md	630 Md	59%
Infrastructures et équipements	172 Md	81 Md	253 Md	24%
Protection financière des ménages	95 Md	4 Md	99 Md	9%
Gouvernance et coordination	57 Md	12 Md	69 Md	6%
Financement de la santé	2 Md	7 Md	10 Md	1%
Produits de santé et PSL	1 Md	2 Md	3 Md	0,3%
Système d'information sanitaire	0,05 Md	2 Md	2 Md	0,2%
Total	953 Md	113 Md	1 066 Md	100%

Le maillage en personnel de santé et les grands projets de construction d'infrastructures sanitaires au Burkina Faso, notamment le CHU de Bassinko et le Projet Neurochi dans la région du Centre, le CHU de Bobo-Dioulasso dans les Hauts-Bassins, et le CHU de Gaoua dans le Sud-Ouest, concentrent une part importante des ressources allouées au renforcement du système de santé (RSS) sur la période 2024-2026. Ces investissements visent à améliorer l'accès aux soins de santé et à répondre aux besoins croissants en personnel et en infrastructures modernes dans les différentes régions du pays. Le RSS devrait demeurer centré sur l’individu ou le patient de sorte à maximiser son impact pour l’amélioration qualitative de la santé des populations.



4. Suivi de l'institutionnalisation

Depuis l'édition de 2023, le suivi de l'institutionnalisation a été intégré comme une composante clé des évaluations réalisées à la fin de chaque exercice de cartographie. Cette démarche vise à mesurer le degré de formalisation et de structuration des processus liés à la gestion des ressources dans le secteur de la santé. Elle permet d'identifier les progrès accomplis, de détecter les éventuelles lacunes et de fournir des recommandations pour renforcer les mécanismes existants. En évaluant régulièrement l'institutionnalisation, les acteurs impliqués disposent d'une base solide pour améliorer l'intégration des bonnes pratiques, optimiser la gouvernance et garantir la durabilité des outils et des stratégies adoptés dans le cadre de la cartographie des ressources.

4.1. Piliers et matrice d'institutionnalisation de la cartographie des ressources

Pour la précédente édition (2023) de l'exercice de cartographie des ressources, l'évaluation a été menée en mai 2024 auprès du comité technique de la cartographie suivant six (6) piliers d'institutionnalisation à savoir :

- **Pilier 1 - Processus de réalisation de la cartographie des ressources** : l'institutionnalisation de ce pilier implique qu'un plan annuel de mise en œuvre des RMET est élaboré, partagé et exécuté de manière efficace, avec des données collectées systématiquement et validées par les parties prenantes afin de garantir la qualité et la fiabilité des données et d'éclairer la prise de décision. Ce pilier implique aussi l'existence d'une plateforme digitale fonctionnelle et adaptée pour l'élaboration de l'exercice de cartographie des ressources.
- **Pilier 2 - Dissémination et cas d'utilisation des données** : Ce pilier capital atteindra un niveau d'institutionnalisation satisfaisant si les résultats de la cartographie des ressources sont présentés de manière accessible, répondent aux diverses priorités de toutes les parties prenantes et les recommandations qui en découlent sont intégrées dans les décisions stratégiques et opérationnelles des parties prenantes du secteur de la santé. La dissémination implique aussi qu'un système de collecte des avis des utilisateurs est mis en place et que les avis reçus sont pris en compte dans l'amélioration du processus.
- **Pilier 3 - Engagement politique et alignement des partenaires** : L'institutionnalisation intégrale de ce pilier implique l'existence d'une vision claire et partagée avec un engagement politique fort, un alignement et un engagement de tous les partenaires. La réalisation de ce pilier assure une pérennité et une durabilité de l'exercice de la cartographie des ressources et une utilisation optimale des résultats.
- **Pilier 4 - Gouvernance et cadres institutionnels** : L'institutionnalisation de ce pilier est réalisée lorsque l'exercice de la cartographie des ressources est intégré et aligné sur les priorités nationales, soutenue par une équipe spécialisée dotée d'une structure de gouvernance claire et de rôles définis, ainsi que de mécanismes de supervision et d'évaluation continues de sa mise en œuvre.
- **Pilier 5 - Capacités humaines et techniques pour la réalisation de l'exercice** : Pour ce pilier, l'institutionnalisation sur ce pilier implique qu'une équipe de cartographie des ressources qualifiée est mise en place pour mener l'exercice de manière indépendante, reçoit une formation régulière sur les nouveaux outils et technologies de suivi des ressources et suit un plan de développement des compétences pour répondre aux besoins actuels et futurs.
- **Pilier 6 - Disponibilité et soutenabilité des ressources financières et matérielles** qui implique que l'exercice de cartographie des ressources est soutenu par des ressources financières et matérielles adéquates, avec des mécanismes garantissant leur utilisation efficace et transparente, soutenue par des sources de financement durables et pérennes.

La figure suivante résume les 6 piliers décrits ci-dessus :

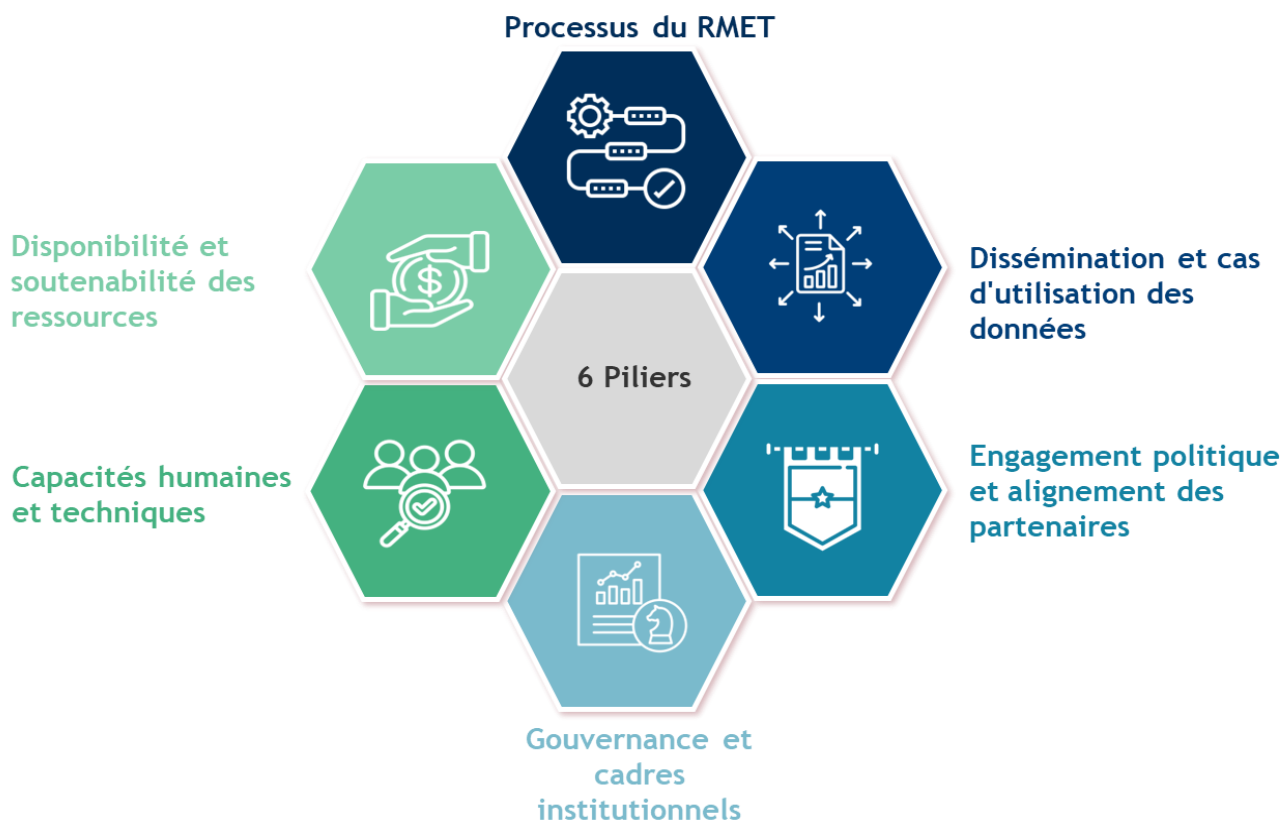


Figure 53 : Les 6 piliers de l'institutionnalisation de l'exercice de cartographie des ressources

Sur la base des 6 piliers identifiés, une matrice d'institutionnalisation a été réalisée définissant 4 niveaux de l'institutionnalisation sur chaque pilier :

- **Niveau 1– Fondation institutionnelle** : qui signifie que le processus est à ses débuts et que les bases sont en cours d'élaboration. L'institutionnalisation n'est donc pas encore à un stade satisfaisant.
- **Niveau 2 – Développement institutionnel** : qui implique que les bases du processus ont été bien posées et que le niveau d'institutionnalisation reste insatisfaisant mais avec des points d'amélioration claire identifiés.
- **Niveau 3 – Compétence institutionnelle** : qui signifie que le processus est robustement implémenté et que le niveau d'institutionnalisation est satisfaisant avec des pistes d'amélioration continue identifiées.
- **Niveau 4 – Leadership institutionnel** : qui est le niveau idéal recherché pour l'institutionnalisation. A ce stade l'exercice est entièrement institutionnalisé et des mécanismes sont mis en place pour assurer une durabilité du processus.

À la suite de l'identification des 6 piliers et des 4 niveaux d'institutionnalisation, un questionnaire été développé et administré auprès de l'équipe de la cartographie des ressources du ministère de la santé et de l'hygiène publique. Ce questionnaire couvre les 6 piliers avec des questions portant sur tous les aspects évoqués dans la matrice ci-dessus. Les participants à l'évaluation devaient répondre à chaque proposition ou question en choisissant la réponse qui correspondait le plus à leur appréciation de la situation actuelle. A chaque réponse choisie correspondait une note.

4.2. Résultats de l'évaluation du niveau d'institutionnalisation

Sur la base des analyses réalisées sur les questionnaires administrés, il ressort que **le niveau d'institutionnalisation de l'exercice de la cartographie des ressources au Burkina Faso se situe à score de 0,61 sur 1, ce qui implique que l'exercice est institutionnalisé à 61%**.

Toutefois, sur les 6 piliers, les scores sont disparates et non homogènes avec des piliers bien mieux notés que d'autres. A titre d'exemple, le pilier 4 : Gouvernance et cadres institutionnels obtient un score de 0,78 sur 1 indiquant une institutionnalisation avancée se traduisant par l'alignement de l'exercice de cartographie sur les dispositions du PNDS ainsi que l'existence de plusieurs champions au sein du MSHP qui portent l'exercice et assure sa tenue régulièrement. A l'inverse un pilier comme la « Capacités humaines et techniques » obtient un score en deçà de la moyenne (0,39 sur 1) témoignant ainsi de la nécessité de plaider en faveur de l'autonomisation de l'équipe de cartographie des ressources avec une formation continue les permettant d'agir en tant que point de contact pour l'analyse des données. L'autre pilier présentant un score en deçà de la moyenne (0,46 sur 1) ce qui implique la nécessité d'un plaidoyer pour en faveur de l'inclusion du financement de l'exercice de cartographie des ressources dans les budgets annuels de l'état.

La figure suivante présente un résumé des résultats de l'évaluation du niveau d'évaluation de l'institutionnalisation de l'exercice de cartographie des ressources au Burkina Faso :

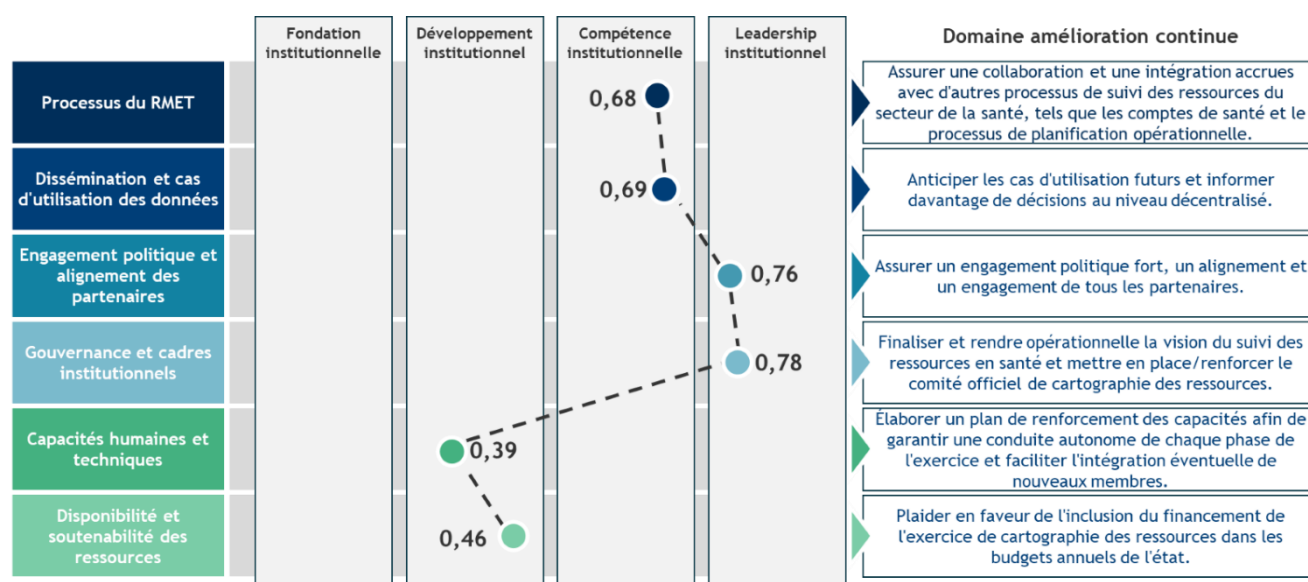


Figure 54 : Score d'institutionnalisation 2023 de l'exercice de cartographie des ressources

En conclusion, le score global d'institutionnalisation est évalué à 61% (0,61 sur 1) pour 2023, avec une priorité d'amélioration sur les ressources humaines, financières et l'expertise technique.

En vue d'améliorer ce score et en droite ligne avec le "Document d'orientation sur l'harmonisation des interventions et l'alignement des intervenants dans le secteur de la santé au Burkina Faso selon l'approche « un plan, un budget, un rapport »" et le "Manuel d'harmonisation et d'institutionnalisation des exercices de suivi des ressources en sante au Burkina Faso" qui en découle, le Ministère de la Santé, à travers la DPPSE entend s'activer pour mettre en oeuvre les actions stratégiques définis dans ces documents pour assurer l'institutionnalisation progressive du suivi des ressources en santé afin de garantir une gestion et un suivi efficace et efficient des ressources du système de santé dans le but de contribuer significativement à l'amélioration de l'accès équitable et de la qualité des soins de santé à la faveur de l'ensemble de la population burkinabè.

5. Recommandations phares

Les différentes phases de la cartographie des ressources et la présentation des résultats ont permis de dégager des recommandations pour optimiser les prochains exercices à la fois pour l'amélioration du processus global de cartographie et pour la mise en œuvre des leçons tirées à partir des résultats obtenus.

5.1.Recommandations liées au processus de la cartographie

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

- ▶ **Révision de l'outil de collecte de données** : adapter et enrichir les critères de collecte pour répondre à de nouveaux besoins spécifiques (notamment sur la santé communautaire, la SRMNEA-N, la chaîne d'approvisionnement, etc.) tout en simplifiant l'outil afin de faciliter son utilisation par toutes les parties prenantes.
- ▶ **Mise à jour de la base de données des acteurs** : étendre la collecte de données aux bailleurs additionnels, partenaires de mise en œuvre, organisations de la société civile (OSC), et acteurs du secteur privé, afin d'obtenir des informations plus détaillées et représentatives.
- ▶ **Réduction des délais de l'exercice** : mettre en place des mécanismes optimisés et susciter plus d'engagement des acteurs notamment des PTF, pour raccourcir le temps nécessaire à la réalisation de la cartographie.
- ▶ **Renforcement de la stabilité de la plateforme digitale** : améliorer l'infrastructure technologique de la plateforme à travers des solutions robustes et évolutives, garantissant ainsi une disponibilité continue, une navigation fluide et une meilleure résilience face aux pannes techniques.
- ▶ **Mise en œuvre du volet harmonisation du document d'orientation élaboré** : Implémenter les actions définies dans le manuel d'harmonisation et d'institutionnalisation du suivi des ressources en santé (SRS) notamment le volet harmonisation qui consiste à aligner la cartographie des ressources avec les autres mécanismes de suivi financier existants au sein du système national de santé pour éviter les redondances et maximiser l'efficacité.
- ▶ **Mise en œuvre des actions d'institutionnalisation notamment le renforcement des capacités des acteurs et la soutenabilité financière de l'exercice** : former les parties prenantes sur la gestion de la plateforme de cartographie, les techniques de traitement et d'analyse des données, tout en s'inspirant des meilleures pratiques adoptées par d'autres pays.

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 l'augmentation des financements extérieurs et leur alignement sur les priorités du PNDS 2021-2030** : concevoir des actions de sensibilisation et de communication ciblées afin de mobiliser davantage de financements externes, tout en veillant à ce qu'ils soient orientés vers les actions stratégiques définies dans le PNDS.
- ▶ **Améliorer l'équité dans l'allocation des ressources et la protection financière des ménages** : utiliser les résultats de l'analyse pour promouvoir des politiques favorisant l'accès équitable aux soins de santé, notamment par l'expansion de l'assurance maladie, l'exonération des coûts pour les populations vulnérables, et la mise en place de mécanismes d'assistance sociale adaptés.
- ▶ **Optimiser l'orientation des financements des PTF** : collaborer avec les PTF pour concentrer leurs ressources sur les domaines prioritaires et les régions sous-dotées, tout en évitant les chevauchements d'interventions.
- ▶ **Mettre en place un mécanisme de suivi et d'évaluation des engagements financiers** : Développer un dispositif robuste pour suivre et évaluer l'exécution des financements mobilisés, s'assurer de leur alignement sur les priorités nationales, et renforcer la redevabilité auprès des parties prenantes.

Conclusion

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a réalisé une étape importante avec cette troisième édition de la cartographie dynamique des ressources du secteur de la santé au Burkina Faso. Bien que le document ne couvre pas encore tous les acteurs et interventions, il constitue une base solide pour améliorer la gestion des ressources, le suivi des dépenses, et la planification des actions en santé. Ces avancées visent à améliorer l'accès et la qualité des soins pour l'ensemble de la population.

Le succès de cette initiative repose sur l'adoption et l'utilisation concrète des résultats par les parties prenantes. Des décisions éclairées, basées sur les données de la cartographie, permettront de maximiser son impact et de répondre plus efficacement aux besoins du système de santé.

Malgré les défis, des efforts sont en cours pour intégrer durablement cet exercice dans les pratiques du secteur. Cette institutionnalisation vise à renforcer la cohérence entre les ressources disponibles et les priorités de santé, tout en améliorant l'efficacité et l'équité dans leur utilisation. En poursuivant ce travail, le Ministère contribue à renforcer la gestion des ressources et à mieux orienter les interventions en faveur de la santé publique au Burkina Faso.

Annexe 1 : Équipe de rédaction du rapport de la cartographie des ressources

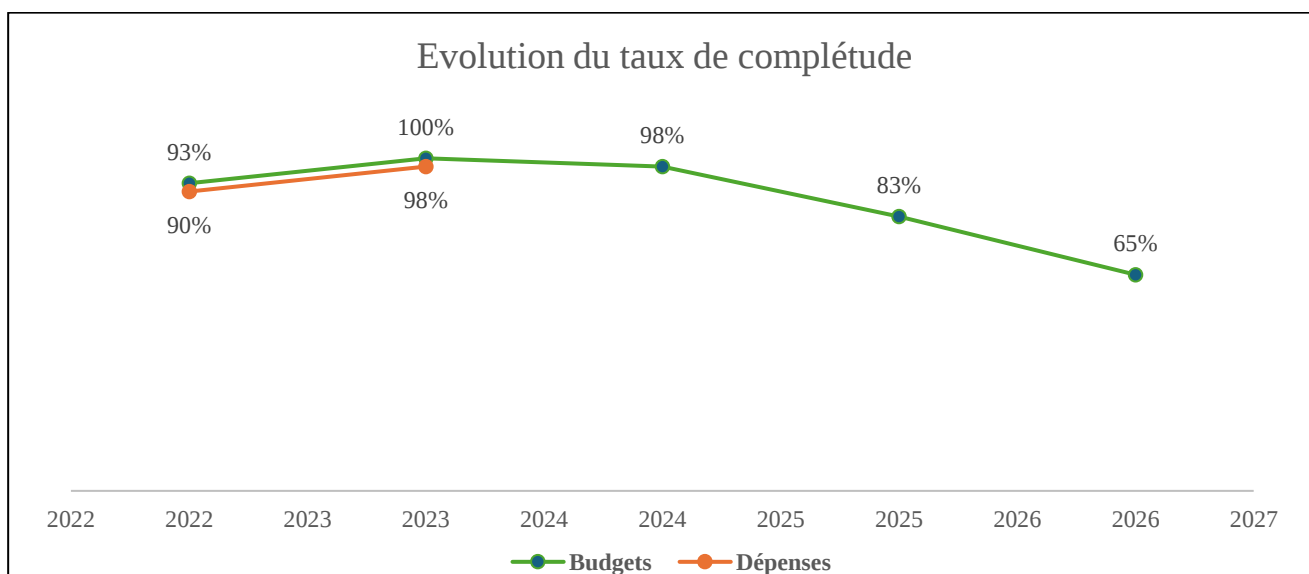
N°	Nom et prénoms	Fonction/Emploi	Structure
1	KOITA Wasso Wenceslas	Directeur général	DGESS
2	BATIENE Doumapoulè Vincent	Directeur	DPPSE
3	SANFO Alexandre	AHSS	DPPSE
4	SAWADOGO Issa	Conseiller des Affaires Economiques	DPPSE
5	GUINKO T Mohamed R	Médecin	DPPSE
6	KY Cesaire	Attaché de Santé en SESSIO	DPPSE
7	OUOBA Olivier	Agent	DPPSE
8	NASSA T. Simon	Economiste	DSSE
9	BAMOGO Francis	Attaché de Santé	ST-RFS
10	TRAORE/SAMAKE Fatoumata	SAF	DPPSE
11	TENGUERI Segue Pierre	Attaché de santé	DPPSE
12	TOUBGA Mahama	Agent	DPPSE
13	AKOTIONGA Edouard	Personne ressource	DPPSE
14	NIKIEMA Marc	Statisticien	DPPSE
15	SEDOGO Pascal	Economiste de la santé	DPPSE
16	BIDIMA Enoch	Responsable TIC	DSI
17	BENON Ulrich	Agent	DGESS
18	ZOMBO Mahamadi	Conseiller des Affaires Economiques	DCPP
19	WOUMTANA Youssouf	Digital Health Associate	CHAI, Burkina Faso
20	TANDAMBA Boukary	Associate, Health Financing	CHAI, Burkina Faso
21	MARTIN Alice	Program Manager, Health Financing	CHAI, Burkina Faso
22	BA Inessa	Country Manager	CHAI, Burkina Faso

Annexe 2 : Sources des données de la cartographie des ressources

Acteurs	Sources de données	Structures responsables	Description des données
État	✓ Loi de finances ✓ Situation d'exécution du budget du MS	DGB/MEFP	Les données sur les budgets de l'État extraites des lois de finances de 2024 à 2026 du SI N@folo
		DGF/MS	Les situations d'exécution du budget de l'État en 2022 et 2023 extraites du SI N@folo/Circuit Intégré de la Dépense (CID)
Projets/ Programmes de développement	✓ Documents de projet ✓ Plans de travail annuels	Gestionnaires de projets et DCP/MS	Les budgets et les dépenses sont fournies par les gestionnaires des projets et programmes et le cas échéant par la DCP
PTF	✓ Document de programmation budgétaire	Bailleur et partenaires d'exécution	Les budgets de santé des bailleurs et des partenaires d'exécution de 2024 à 2026
	✓ Document de d'exécution budgétaire	Bailleur et partenaires d'exécution	Les dépenses de santé des bailleurs et des partenaires d'exécution de 2022 à 2023
Ménages	✓ Comptes de santé	DSSE/DGESS	Les données sur les dépenses de santé des ménages de 2017 à 2022
	✓ Comptes de santé ✓ Plan stratégique développement du RAMU	DSSE/DGESS et RAMU	Les données des dépenses de santé des ménages de 2017 à 2022 projetées sur la période 2024 à 2026 en tenant compte des prévisions du RAMU
Secteur privé	✓ Comptes de santé	DSSE/DGESS	Les données des dépenses de santé du secteur privé de 2017 à 2022, projetées sur la période 2024 à 2026

Annexe 3 : Liste de 30 entités ciblées et taux de complétude annuelle des données

Entités & périodes prioritaires		Budget					Dépenses	
Statut	ENTITES CIBLES	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026	2 022	2 023
✓	BAD							
✓	BADEA							
✓	Banque mondiale							
✓	BID							
✓	BMGF							
✓	Canada							
✓	Chine							
✓	Enabel							
✓	END Fund							
✓	Emirats Arabes Unis							
✓	Fonds mondial							
✓	GAVI							
✓	Institutions de l'UE							
✓	IRC							
✓	Italie							
✗	Japon							
✓	L.A.D							
✗	Luxembourg							
✓	Malaria Consortium US							
✓	Medecins du monde							
✓	OMS							
✓	ONUSIDA							
✓	PAM							
✓	Pays-Bas							
✓	PNUD							
✓	Suède							
✓	UNFPA							
✓	UNICEF							
✓	UNITAID							
✓	USAID							
28/30	93%	Taux de réponse globale des PTF ciblés						



Annexe 4 : Liste des 40 PTF de cette 3e édition de la cartographie des ressources

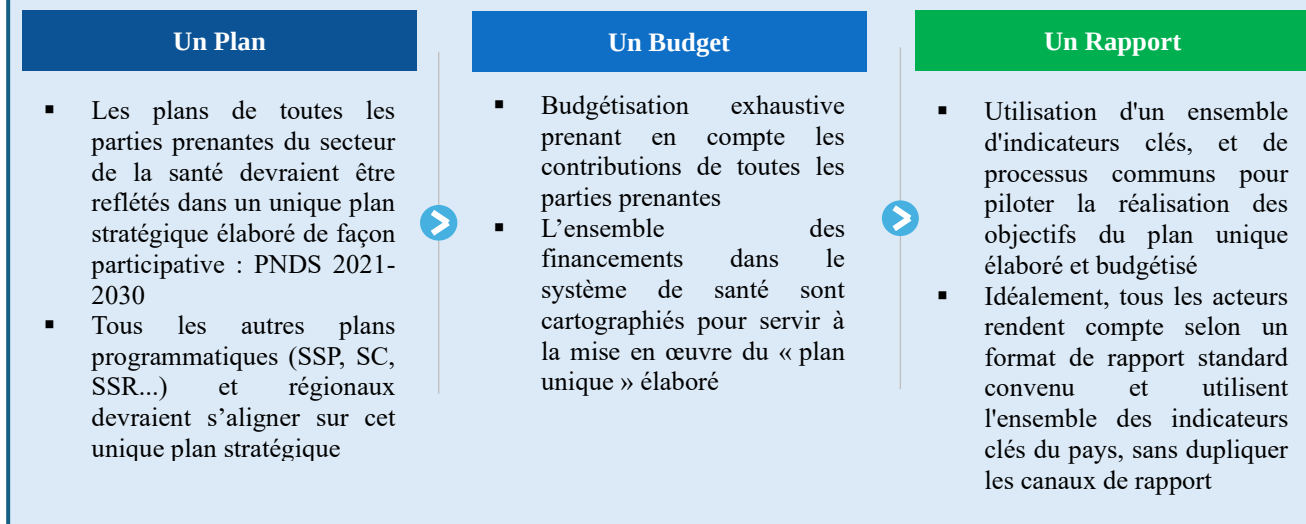
Liste des 40 PTF répondant à cette édition de CRSD

- | | |
|---|------------------------------|
| 1. Accelerate | 2. Helmsley Charitable Trust |
| 3. BAD | 4. Institutions de l'UE |
| 5. BADEA | 6. IRC |
| 7. Banque mondiale | 8. Italie |
| 9. BID | 10. Japon |
| 11. BMGF | 12. L.A.D |
| 13. Canada | 14. Luxembourg |
| 15. Chine | 16. Malaria Consortium US |
| 17. EIB | 18. Medecins du monde |
| 19. ELMA | 20. OMS |
| 21. Enabel | 22. ONUSIDA |
| 23. END Fund | 24. PAM |
| 25. Endeavor Mining | 26. Pays-Bas |
| 27. Famille Royale_Emirats Arabes Unis - Subvention | 28. PNUD |
| 29. Fondation l'Occitane | 30. Suède |
| 31. Fonds mondial | 32. UNFPA |
| 33. France | 34. UNICEF |
| 35. GAVI | 36. UNITAID |
| 37. GiveWell | 38. UNOPS |
| 39. GSK | 40. USAID |

Annexe 5 : Description de l'approche « un plan, un budget, un rapport »

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.



Annexe 6 : Ressources SSP 2024-2026 par habitant par district sanitaire par an

	Karangasso Vigue 29 808	Baskuy 24 399	Zabré 24 029	Kombissiri 23 977	Boulsa 23 790	Pouytenga 23 731	Tenado 23 027	Dafra 22 786
Léna 48 566		Tougouri 22 337	Boromo 21 347	Garango 20 931	Dano 20 845	Ouahigouya 20 694	Séguénéga 20 649	Barsalogho 20 493
	Sabou 29 732		Mangodara 20 364	Koudougou 19 750	Boussé 19 673	Gaoua 19 653	Dedougou 19 630	Réo 19 514
Pama 35 926		Gayeri 21 864						Sindou 19 472
	Kampti 29 255		Do 20 331	Gorom-Gorom 19 453				
		Batié 21 599			Zorgho 19 219	Fada 18 885	Titao 18 834	Hounde 18 738
N'Dorola 30 969			Nouna 20 314	Toma 19 436				Tougan 18 678
	Sapone 28 896	Koupéla 21 563			Gourcy 18 551	Tenkodogo 18 193	Nanoro 18 190	Sapouy 18 142
			Dande 20 009	Solenzo 19 403	Sig-Noghin 18 488			Léo 17 750
Nongr-Massom 30 940						Boussouma 17 575		
	Manni 27 365	Diébougou 21 482					Manga 17 119	Orodara 16 817
			Ziniaré 19 903	Thiou 19 391	Bogande 18 299	Ouargaye 17 511		Kong... 15 648
Sebba 30 481	Bittou 24 559	Po 21 457	Kaya 19 761	Bogodogo 19 353	Dori 18 261	Banfora 17 504	Bou... 15 059	Djibo 14 644
								Yako 14 514
								Di... 13 872