



**Organisation
mondiale de la Santé**

La couverture sanitaire universelle au Burkina Faso

Indicateurs de base

Décembre 2015

MICROSOFT

Table des matières

Table des matières.....	A
Index des tableaux.....	B
Liste des figures.....	C
Sigles et abréviations.....	D
Résumé.....	F
Introduction.....	1
I Approche méthodologique.....	3
II Le contexte institutionnel de la CSU au Burkina Faso.....	4
II.1 L'Organisation de l'offre des soins.....	4
II.2 Le financement des formations sanitaires.....	4
II.3 La gestion des formations sanitaires dans le système de décentralisation.....	5
II.4 L'avènement du budget programme.....	6
III Présentation des mécanismes de protection de risque.....	6
III.1. Les mécanismes de l'Etat.....	6
III.1.1 Répertoire et cibles des principaux mécanismes.....	6
III.1.2 Fonctionnalité des mécanismes de protection du risque maladie.....	8
III.2. Les autres mécanismes de protection.....	10
IV Disponibilité et couverture des services de santé essentiels.....	11
IV.1 Disponibilité des ressources et des services de santé.....	11
IV.1.1 Disponibilité des médicaments essentiels.....	11
IV.1.2 Les ressources humaines.....	12
IV.1.3 Couverture géographique des services de santé.....	14
IV.1.4 Évolution des niveaux de disponibilité de services.....	14
IV.2 Capacité opérationnelle des formations sanitaires.....	15
IV.3 Accès aux services de santé.....	16
V Ressources financière de la santé.....	19
V.1. Les dépenses de santé.....	19
V.2. Le taux de couverture du budget de l'Etat pour la santé.....	20
V.3. Le paiement direct des soins.....	20
V.4. Paiement direct des soins et équité.....	21
V.5. Evolution des dépenses de santé de la mère et de l'enfant.....	22
VI Indicateurs d'impact.....	22
VI.1. Indicateurs de morbidité.....	22

VI.1.1	L'évolution de l'incidence hospitalière des avortements clandestins.....	22
VI.1.2	Evolution de l'incidence du PG et la MAS	23
VI.2.	Indicateurs de mortalité	24
VI.2.1	Taux de mortalité des adultes.....	24
V.1.1	Evolution de la mortalité maternelle intra hospitalière	25
VI.2.2	Mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (mortalité infanto-juvénile).....	25
V.1.1	Evolution des létalités du PG et de la MASc dans les CMA, CHR et CHU	26
VI.3.	Dépenses catastrophiques de santé	27
VII	Index de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso	28
VIII	Synthèse des indicateurs de base	30
	Conclusions	33
	Bibliographie	I
	Annexes	IV
	Annexe 1: liste des principaux documents exploités	IV
	Annexe 2 : niveaux de couverture des mécanismes de protection du risque maladie	IV
	Annexe 3 : taux d'absorption de la subvention SONU de 2006 à 2012.....	V
	Annexe 4 : Situation des mutuelles de santé existantes dans les communes rurales du Centre.....	VI
	Annexe 5 : liste des médicaments essentiels de la santé de la mère et de l'enfant	VII
	Annexe 6 : sources des indicateurs de prévention et de traitement	VIII
	Annexe 7 : couvertures agrégées des services de prévention et traitement selon le milieu et le quintile de richesse	IX
	Annexe 8 : taux de mortalité selon l'âge de l'enfant et en fonction du milieu et du niveau d'instruction de la mère.....	IX
	Annexe 9 : difficultés rencontrées pour la mesure des indicateurs	IX
	Annexe 10 : détails de calcul de l'index de CSU	XI

Index des tableaux

Tableau 1 : mécanisme de protection du risque maladie	7
Tableau 2 : coûts des prestations sonu supportés par les ménages	10
Tableau 3 : évolution des taux de mortalité chez les adultes.....	24
Tableau 4 : dépenses catastrophiques de santé selon le quintile de bien-être économique	28
Tableau 5: valeurs de base de la CSU au Burkina Faso	30

Liste des figures

Figure 1: niveaux de couverture des services de prévention et de traitement	9
Figure 2 : disponibilité des médicaments essentiels par domaine de service.....	12
Figure 3 : évolution des ratios agents de santé population de 2010 à 2014	12
Figure 4 : ratios agents de santé populations par région en 2014	13
Figure 5 : Ratios agents de santé population en 2014 dans les regions	13
Figure 6 : Couverture géographique de la population en centre de santé : pourcentage de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé.....	14
Figure 7 : disponibilité des services essentiels	15
Figure 8 : capacité opérationnelle des formations sanitaires	15
Figure 9 : niveaux de couverture des services de prévention et de traitement	17
Figure 10 : nombre de victimes d'accidents de la voie publique par année dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso.....	18
Figure 11 : incidence et létalité des cancers de sein et du col de l'utérus de 2010 à 2014.....	18
Figure 12: évolution des DTS par habitant, du pourcentage du budget du MS et du pourcentage des DTS sur le PIB	19
Figure 13 : dépenses courantes de santé par habitant en fonction de la région en 2013.....	20
Figure 14 : évolution des taux de couverture du budget de la santé	20
Figure 15 : évolution de la part du paiement direct des soins par les ménages	21
Figure 16 : utilisation des services de santé selon la distance et le niveau de revenu	21
Figure 17 : évolution des dépenses de santé par enfant et chez la femme	22
Figure 18 : incidences hospitalières des avortements clandestins	23
Figure 19 : incidences hospitalières des cas de PG, de MAS de 2010 à 2014.....	23
Figure 20 : incidences des cas de PG et de MAS par region	24
Figure 21 : décès maternels intrahospitaliers	25
Figure 22 : taux de mortalité infanto-juvénile (EDS 2010, BF).....	26
Figure 23 : évolution de la létalité du PG de 2010 à 2014	26
Figure 24 : létalités du PG et de la MAS en fonction de la région et du type de centre de santé.....	27
Figure 25 : représentation graphique de l'index CSU du Burkina Faso	29

Sigles et abréviations

ACT	Combinaison thérapeutique à base d'arthémisinine
ARV	Anti retro viral
ASMADE	Association Songui-Manégré Aide au Développement Endogène
ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CAMEG	Centrale d'achat des MEG
CAP	Connaissances attitudes et pratiques
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNS	Comptes nationaux de santé
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CNT	Conseil national de la transition
CPN	Consultation pré natale
CRTS	Centre régional de transfusion sanguine
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CSU	Couverture sanitaire universelle
DAF	Direction de l'administration et des finances
DCS	Dépenses courantes de santé
DRS	Direction régionale de la santé
DS	District sanitaire
DTC	Dysphétrie tétanos coqueluche
ECD	Equipe cadre de district
EDS	Enquête démographique et de santé
EICVM	Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages
EMC	Enquête multisectorielle continue
FE	Femme enceinte
FS	Formation sanitaire
GA	Grossesse attendue
Hep	Hépatite b
Hib	Hépatite influenza
HTA	Hypertension artérielle
INSD	Institut national des statistiques et de la démographie
MAS	Malnutrition aigüe sévère
MASc	Malnutrition aigüe sévère avec complications
MEG	Médicaments essentiels et génériques
MILDA	Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
ODD	Objectifs du développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PADS	Programme d'appui au développement sanitaire
PF	Planification familiale
PG	Paludisme grave
PIB	Produit intérieur brut

PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PTF	Partenaires techniques et financiers
Pv VIH	Personne vivant avec le VIH
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SCADD	stratégie de croissance accélérée et de développement durable SCADD
SIDA	Syndrome d'immuno-déficience acquise
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
ST/AMU	secrétariat technique d'assurance maladie universelle
TB	Tuberculose
TDM	Traitement de masse
TDR	Test de diagnostic rapide
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VAA	Vaccin anti amaril
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VAT 2	Vaccin anti tétanique 2e dose
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine

Résumé

Le financement de la santé au Burkina Faso connaît de nos jours des réformes dans l'orientation et l'utilisation des ressources financières à travers le transfert des ressources aux collectivités dans le cadre de la décentralisation. Il connaîtra dans les prochaines années d'autres réformes profondes avec la mise en place du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) et le système du budget programme à partir de 2017. Une phase test du RAMU débutera en 2016 dans les districts sanitaires de Tougan et de Séguénéga pour une durée de 18 mois. Quant au budget programme, il est prévu un démarrage effectif à partir du 1^{er} Janvier 2017. Ces réformes s'inscrivent dans une vision d'atteindre une couverture sanitaire universelle (CSU), en phase avec les recommandations des Nations Unies en vue d'atteindre les objectifs du développement durable (ODD) d'ici 2030.

Dans le but de disposer d'une situation de base et d'assurer le suivi des progrès réalisés par le Burkina Faso en matière de CSU, le ministère de la santé a réalisé cette étude dont l'objectif principal est d'établir les niveaux de base d'indicateurs choisis de la CSU. Il s'agit d'indicateurs reflétant le niveau de couverture du risque financier, de la disponibilité, la qualité, l'utilisation des services de santé et des indicateurs d'impacts.

Sur la base d'une revue de documents publiés et non publiés et des entretiens ciblés avec des personnes ressources, des indicateurs ont pu être identifiés ou calculés. Certains indicateurs n'ont pu être déterminés par insuffisance ou manque de données de la littérature. Les résultats de l'étude sont structurés en quatre grandes parties : les mécanismes de protection du risque maladie (répertoire, fonctionnalité), la disponibilité et couverture des services de santé essentiels, le financement de la santé et l'impact des interventions de santé publique sur la morbidité et la mortalité.

Mécanismes de protection du risque maladie

On peut distinguer deux systèmes de protection du risque maladie dans le pays ; celui mis en place par l'Etat et ses partenaires techniques et financiers (PTF) et celui du privé et des communautés.

Au niveau des mécanismes de protection de l'Etat burkinabè, on distingue les stratégies de gratuité totale ou partielle d'accès aux services de prévention et de traitement, les stratégies de dotations en intrants de prise en charge de la maladie et le régime d'assurance maladie universel (RAMU).

La gratuité totale concerne la vaccination de routine et les campagnes de traitement de masse. La vaccination de routine concerne les enfants qui doivent recevoir chacun onze^a types d'antigènes entre 0 et 15 mois et les femmes enceintes contre le tétanos. Les agents de santé et les étudiants en médecine bénéficient également de vaccination contre l'hépatite b et les méningites. Il n'y a pas de contribution des ménages ou des agents de santé avant la vaccination. Les traitements de masse ciblent généralement toute la population en fonction de la maladie (filariose lymphatique, schistosomiase, trachome). Mais les campagnes de déparasitage et la

^a BCG, Polio, DTC, Hep, Hib, Pneumo, Rotavirus, Rougeole, Fièvre jaune

chiomioprophyllaxie saisonnière contre le paludisme ciblent les uniquement les enfants de moins de cinq ans. Toutes les séances de traitement de masse sont offertes gratuitement aux bénéficiaires. Elles sont par ailleurs réalisées en stratégie « porte à porte » dans le but de toucher le maximum des cibles.

Les mécanismes de gratuités partielles ou de subventions sont principalement destinés pour la consultation prénatale pendant la grossesse, la planification familiale, les accouchements et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Les rubriques de subvention pour la CPN concernent l'acte, le Fer+acide folique, la sulfadoxine pyriméthamine, la recherche de protéine et de sucre dans les urines (TDR albumine sucre), la dotation de moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et le carnet de suivi. La femme enceinte paye pour les soins des pathologies dépistées ou pour les frais des examens complémentaires identifiés au cours de la CPN. Les ruptures fréquentes des produits subventionnés amènent certaines formations sanitaires à faire payer les femmes enceintes pendant la CPN en leur délivrant des ordonnances.

La subvention des produits contraceptifs permet aux femmes en âge de reproduction d'accéder aux contraceptifs à un coût réduit. L'acte de mise en route d'un contraceptif est gratuit, mais la bénéficiaire doit déboursier une somme souvent importante pour certains contraceptifs (dispositif intra utérin et implants Jadelle qui coûtent actuellement 500 FCFA l'unité). Il en est de même pour la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) où les femmes enceintes doivent payer 20 ou 40% du coût estimatif direct des prestations subventionnées. Les retards de remboursement constatés sur le terrain limitent l'effectivité de la subvention dans certaines FS.

Les dotations en intrants aux FS sont destinées à la lutte contre le paludisme, la malnutrition, la tuberculose, le VIH/SIDA et les éventuelles épidémies. Pour le paludisme, il s'agit des kits de traitement du paludisme grave (PG) et des TDR paludisme. Ces intrants connaissent souvent des ruptures, surtout les kits PG. Ils sont destinés aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes. Pour la lutte contre la malnutrition, il s'agit des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), des médicaments de traitements systématiques (antibiotiques, fer, vitamine A...). Pour la lutte contre la tuberculose, le VIH, les FS reçoivent des médicaments (antituberculeux, ARV) et des réactifs de laboratoire pour la prise en charge des personnes infectées. Toute la population est éligible pour ces produits de santé. On note cependant que les bénéficiaires doivent contribuer pour leur prise en charge.

Le RAMU n'est pas encore opérationnel. La Loi a été votée en Septembre 2015 et les textes d'application sont en cours d'élaboration. Il est prévu une phase test à partir de Janvier 2016 avant la généralisation dans le pays. Le paquet minimum de soins sera offert à toute la population.

Au niveau des autres mécanismes de protection contre le risque maladie, il existe une multitude de mutuelles de santé répartie de façon disparate dans le pays. On en

dénombrait 188 en 2013 au Burkina Faso^b. La majorité de ces mutuelles sont peu fonctionnelles au regard du faible taux d'adhésion des cotisants. Par exemple pour la commune de Ouagadougou, le taux d'adhésion varie entre 2 et 6% en fonction de la mutuelle de santé (données de l'ONG ASMADE^c 2014). Dans ces mutuelles, les prestations couvertes sont également variables de même que les cibles. Il n'existe pratiquement pas de paquet commun de soins pour les mutuelles de santé à base communautaire. Par contre la branche action sanitaire et sociale de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) offre un paquet précis et limité de soins aux personnes adhérentes (fonctionnaires, volontaires et employeurs de gens de maison). Il s'agit des prestations familiales de maternité et des prestations en cas d'accident ou de maladie professionnelle.

Fonctionnalité des mécanismes : niveaux de couverture

Dans le domaine de la prise en charge curative des maladies, on note par exemple que les niveaux de couverture des femmes enceintes (FE) et des enfants de moins de cinq ans en kits de paludisme grave (PG) sont relativement faibles, respectivement de **57,5%** et de **75,2%** (données 2014 du PNL). Il en est de même pour la couverture en ARV des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) qui était estimé à **68,9%** (rapport GARPR 2015). L'enquête SQUEAC (Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage) réalisée dans 6 régions en 2014 montre également un niveau de couverture faible dans la prise en charge des enfants atteints de malnutrition aigüe sévère (**42,4%**). Enfin le taux de satisfaction en demande de produits sanguin pour la transfusion atteint **78,7%** (annuaire statistique 2014, ministère de la santé). Mais cette couverture n'est pas effective car elle concerne uniquement l'approvisionnement des structures de soins par les centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS) et non la satisfaction des demandeurs de sang au point de prestation.

La faible disponibilité des intrants explique en partie ces faibles niveaux de couverture. En effet, **69%** des structures de soins disposaient des services essentiels de prise en charge des cas de maladie en 2014 selon les résultats de l'enquête SARA 2014. En ciblant les médicaments essentiels, on se rend compte que le niveau de disponibilité est plus élevé en milieu rural (63%) qu'en milieu urbain (40%). Le contraire se dégage dans les formations sanitaires publiques (60%) au détriment du privé (13%).

La couverture réelle (effectivité) des femmes enceintes et des nouveau-nés par la subvention accouchement et SONU n'est pas disponible. Aucune étude n'a pu apprécier le taux d'effectivité de la stratégie en rapportant le nombre de bénéficiaires ayant payé le coût prévu par le nombre total de bénéficiaires. On note néanmoins que les coûts prévus n'ont pas été respectés. En exemple pour les dépenses d'accouchements normaux dans les CMA et CHR, les ménages ont payé en moyenne respectivement 5 802 FCFA et 19 002 FCFA alors que le mécanisme de subvention prévoyait entre 900 – 1800 FCFA pour les accouchements normaux (FEM Health, Africsanté 2013).

^b Source : <http://productionslps.com/en/blog/2014/10/29/sommet-international-des-cooperatives-2014/>

^c Signification du sigle ASMADE = Association Songui-Manégré Aide au Développement Endogène

Disponibilité des ressources et services de santé

En combinant les trois corps (médecins, infirmiers et SFE), l'annuaire statistique du ministère de la santé montre que le Burkina Faso comptait en 2014 seulement **4,9** médecins, infirmiers et SFE pour 10 000 habitants avec des variations régionales importantes (**7,9** dans la région du Centre contre **3,2** dans la région du Sahel). Ce ratio agents de santé population (4,9) est très loin du seuil minimal recommandé par l'OMS qui est de **23** médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants. La région du Centre dispose le plus de médecin (1 pour 6 942), le plus de sage-femme (1 pour 6 844) et le plus d'infirmiers (1 pour 2018). La même source indiquait que 56,7% de population vivaient à moins de 5km d'un centre de santé avec des disparités importantes entre les régions (96,4% au Centre contre 33,4% dans la région de l'Est).

Accès aux soins et services de santé

Sur la base des six indicateurs^d agrégés de prévention de la maladie et de promotion de la santé et des six autres indicateurs^e de traitement contenus dans le manuel d'évaluation de la CSU de l'OMS, on note une moyenne globale d'accès aux services de prévention de **58,3%** et de **50%** pour les services de traitement. En milieu urbain le taux est plus élevé qu'en milieu rural (**79,0% vs 52,7%** pour les services de prévention et **59,7% vs 35,3%** pour les services de traitement).

Malgré les actions de sensibilisation, le dépistage du cancer du col de l'utérus se trouve à niveau très faible. Seulement **6,7%** des femmes de 25 à 64 ans avaient effectué un dépistage du cancer du col de l'utérus en 2013 selon le rapport de l'enquête STEPS. L'utilisation du transport en commun dans le but de réduire les blessures graves par accidents se trouve aussi à un niveau faible. En 2006, dans la commune de Ouagadougou **8%** des habitants se déplaçaient avec le transport en commun^f.

Ressources financières de la santé

Les dépenses totales de santé (DTS) s'élevaient à 388,5 milliards FCFA en 2013, soit **22 433 FCFA par habitant** (rapport 2013 des comptes nationaux de santé du ministère de la santé). Ces DTS représentaient **6,5%** du produit intérieur brut (PIB). La part du budget du ministère de la santé sur celui de l'Etat est passée de **8,9%** en 2010 à **12,5%** en 2013. Le respect des prévisions budgétaires pour la santé n'est pas à un niveau optimal. Sur la base des données des comptes nationaux de santé (CNS) 2013, le taux de couverture du budget de la santé était de **66,5%**. La part du paiement direct des soins par les ménages demeurait élevée en 2013 (**36,8%**) et constituait la 1^{ère} source de financement de la santé. Le paiement direct limite l'accès des pauvres et des populations éloignées aux services de santé. Mais l'exemption de

^d Indicateurs de prévention et promotion : Les besoins satisfaits en PF, le taux de couverture en CPN4, le taux de couverture des enfants vaccinés contre la rougeole, le taux d'accès à l'eau potable, le taux d'accès à un assainissement satisfaisant, la proportion des non-fumeurs.

^e Indicateurs de traitement : le taux d'accouchement assisté, la proportion des PVIH sous ARV, le taux de détection de la TB, le taux de guérison des cas de TB, la proportion des hypertendus sous traitements anti HTA, la proportion des diabétiques sous traitement contre le diabète

^f http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-07/010039431.pdf

paiement des soins chez les enfants de moins de cinq, mise en œuvre dans cinq districts sanitaires (Tougan, Séguénéga, Dori, Sebba, Kaya) est favorable à l'équité d'accès aux soins. En effet le taux d'utilisation est passé de **19%** avant l'exemption à **44%** après l'exemption dans le groupe des ménages les plus pauvres et vivant à plus de 10km d'un centre de santé (Ridde V. et coll., 2011).

L'Etat et ses partenaires consacrent une grande partie des ressources financières pour la santé des enfants de moins de cinq ans et des femmes principalement en âge de reproduction (PF, CPN, SONU...). Selon les données des CNS 2013, les dépenses de santé par enfant de moins de cinq ans étaient de **27 199 FCFA** et de **55 614 FCFA** par femme en âge de reproduction (FAR)

Indicateurs d'impact

La faible accessibilité et couverture des services de prévention et de traitement pour la santé des populations, les actions de santé publique n'ont pas permis de réduire de façon significative les niveaux de morbidités et de mortalité.

L'incidence⁹ du PG chez l'enfant de moins de cinq ans est passée de **59‰** en 2010 à **61‰** en 2014 ; chez la femme enceinte (FE) de **21‰ à 30‰**. La région du Centre compte la plus grande incidence, **86‰** par an chez les moins de cinq ans et **66‰** chez les FE contre une moyenne nationale de **63 et de 27‰** respectivement chez les moins de cinq ans et les FE. Quant à la malnutrition aiguë sévère (MAS), la courbe d'évolution de l'incidence a également connu une augmentation progressive passant de **13‰** en 2010 à **28‰** en 2014 chez les enfants de moins de cinq ans.

Les avortements clandestins ont également connu une augmentation durant la même période. L'incidence est passée de **199 avortements pour 100 000 grossesses attendues (GA) en 2010 à 243 en 2014**. La région du Centre enregistre la plus forte incidence, **699 pour 100 000 GA**, suivi des Hauts-Bassins (444) et du Centre Sud (263). Ces trois régions affichent les niveaux d'incidence les plus élevées se situant au-dessus de la moyenne nationale qui est de **204 pour 100 000 GA**.

Malgré les mesures de protection ciblant la santé de la mère et de l'enfant, la mortalité dans ces deux groupes a timidement baissé ces cinq dernières années. La létalité du PG chez les enfants de moins de cinq ans est passée de **2,8%** en 2010 à **2%** en 2014 et chez la FE **de 0,3% à 0,1%** pendant la même période. On note par ailleurs que la létalité du PG chez les moins de cinq ans est plus importante dans les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) que les moyennes globales. Par exemple elle était **de 3,8%** en 2014, presque le double de la moyenne globale. Les hôpitaux de références de la région de la Boucle du Mouhoun notait en 2014 le plus fort taux de létalité, **9,6%** contre seulement **1,1%** pour les CMA de la région du Centre.

Pour la MAS avec complication, le taux de létalité était plus élevé que celui du PG. Dans les CMA, la moyenne nationale était de **4,1%** avec des extrêmes de **0,3%** dans la région des Cascades et de **20,5%** dans la région du Centre Sud. Dans les centres

⁹ L'incidence est calculée sur la base du nombre de cas de PG enregistrés dans les centres de santé rapportés à la population cible par an. Il s'agit précisément d'une incidence en milieu de soins.

hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers universitaires (CHU), la moyenne nationale en 2014 était de **12%** avec des extrêmes de **30%** dans les Hauts-Bassins et de **1,3%** au Centre Est.

Les décès maternels intra hospitaliers ont connu une faible régression, de **144 en 2010 à 121 décès maternels pour 100 000 parturientes en 2014**. La moyenne nationale cumulée entre 2010 et 2014 est de **132 décès pour 100 000 parturientes**. C'est dans les régions du Sahel, du Centre, des Hauts-Bassins et du Sud-Ouest qu'on dénombre les plus forts niveaux de décès maternels intra hospitaliers, respectivement de 287, de 218, de 175 et de 136 décès maternels pour 100 000 parturientes.

Sur la base des données de l'EDS 2010, le ratio de mortalité maternel était de 341 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. La même source rapportait un taux de mortalité infanto-juvénile de **129‰ au niveau national**. Ce taux était plus faible chez les mères instruites (**62‰**) que chez les mères sans aucune instruction scolaire (**156‰**) ; il était aussi plus faible chez le plus riche (**97‰**) que chez le plus pauvre (**175‰**).

Le système de financement de la santé ne disposant pas d'assurance universelle, le paiement direct des soins a plongé **1,43%** des ménages dans des dépenses catastrophiques et appauvrit **1,72%** en 2009 (Doamba J. et coll, 2013). Le taux d'appauvrissement suite aux dépenses directes était plus élevé chez le pauvre (**7,67%**) que chez le riche (**0,04%**).

En considérant la technique de mesure proposée par A. Wagstaff (voir annexe 10 pour le détail), l'index de couverture sanitaire universelle au Burkina est de seulement **13,9**, avec un indice de **20,2%** pour la couverture en services de santé et de **9,5%** pour la protection financière.

Conclusions

La majorité des indicateurs de base ne sont pas à des niveaux satisfaisants. Ils sont encore moins satisfaisants en milieu rural, dans certaines régions et chez les plus pauvres. Ces indicateurs traduisent les insuffisances des mécanismes de protection du risque maladie dans le système de santé. Les populations bénéficiaires et les pathologies couvertes par les mécanismes sont limitées et la part du paiement direct des ménages demeure élevée. Par conséquent, beaucoup de ménages basculent chaque année dans la catastrophe financière et s'appauvrissent suite au paiement direct des soins de santé.

Les ressources allouées à la santé, bien qu'insuffisantes, méritent une meilleure réorganisation dans l'affectation et l'utilisation afin de promouvoir l'équité dans la couverture, la disponibilité et l'accessibilité aux services de prévention et de traitement. Il y a la nécessité de prendre des mesures et des décisions fortes pour réduire les inégalités de couverture en infrastructures sanitaires et en ressources humaines entre les régions.

Avec les réformes en cours et surtout la mise en place du RAMU, l'accent doit être mis pour réduire la fragmentation du financement de la santé. Il faudrait privilégier la

mise en commun des ressources financières pour l'objectif santé au détriment des financements spécifiques contre certaines maladies.

Introduction

Dans le cadre de la protection sociale, le Burkina Faso dispose d'un document de politique nationale de protection sociale (1) dans lequel l'Etat s'engage à garantir l'accès des personnes vulnérables aux services sociaux de base (santé et éducation). La mise en place d'une assurance maladie universelle fait partie intégrante des priorités dans cette politique nationale de protection sociale. Elle devrait commencer depuis 2012 par une phase pilote avant l'extension à tout le pays par la suite. Malheureusement, ces cinq dernières années, le système de financement de la santé n'a pas pu être bâti sur cette vision. Il a été réalisé suivant les orientations de la stratégie de croissance accélérée et de développement durable SCADD (2). Toutefois, la politique nationale de santé et le plan national de développement sanitaire 2011 – 2020, tout en s'inspirant de ces orientations, ont prévu l'amélioration de l'accessibilité des populations aux soins à travers des mécanismes de gratuité et de subvention totale ou partielle au profit de groupes vulnérables principalement la femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans.

Le système de financement de la santé ne s'inscrit pas pour le moment dans une dynamique d'assurance maladie. Pourtant depuis 2008, le gouvernement a créé un secrétariat technique d'assurance maladie universelle (ST/AMU) avec pour mission principale la mise en place d'un régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au profit des populations afin de garantir l'accès de tous à un paquet minimum de soins. Depuis sa création, beaucoup de rencontres ont été réalisées dans le cadre de l'architecture du RAMU et ce n'est que le 5 septembre 2015 que la Loi portant RAMU a été votée par le conseil national de la transition (CNT). Les textes d'application de la Loi sont en cours d'élaboration. Une phase test d'opérationnalisation du RAMU est prévue dans deux districts sanitaires (Tougan et Séguénéga) à partir de Janvier 2016. Cette phase test est l'une des trois stratégies du plan d'opérationnalisation du RAMU pour la période 2015 à 2017 (3). Les deux autres stratégies sont la mise en place du cadre juridique institutionnel et la mise en place d'un système de gestion.

De plus en plus, la réforme du système de financement de la santé pour l'atteinte d'une couverture sanitaire universelle (CSU) s'avère incontournable dans les prochaines années. Les nations unies viennent d'adopter en Septembre 2015 la résolution relative aux objectifs de développement durable (ODD). L'objectif 3.8 est dédié à la couverture sanitaire universelle d'ici 2030^h. Le Burkina Faso a ratifié cette résolution.

Par ailleurs, le système de santé est en cours de réformes avec le transfert de la gestion des ressources (finances, infrastructures...) aux collectivités dans le cadre de la décentralisation. Il connaîtra de plus une profonde réforme à partir de 2017 avec la mise en place des trois budgets programmes au sein du ministère de la santé. Pour accompagner les acteurs du système de santé (anciens et nouveaux acteurs) et rendre plus efficace l'utilisation des ressources, le ministère de la santé voudrait disposer d'un document de stratégie nationale de financement de la santé qui

^h Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

prennent en compte toutes ces réformes. Le processus d'élaboration de ce document est en cours ; l'équité et l'efficacité sont les deux piliers de cette nouvelle stratégie de financement de la santé.

Dans cet environnement de réformes et de vision vers une CSU, il apparaît important et pertinent pour le ministère de la santé de disposer d'indicateurs de base dans le but de suivre leur évolution dans le temps et de mesurer l'impact des actions qui seront mises en œuvre. L'OMS Burkina a de ce fait commandité une étude pour pouvoir déterminer les niveaux d'indicateurs clé de la CSU au Burkina Faso. Sur la base d'une revue de la littérature et des entretiens avec des personnes ressources (voir annexe 1 pour les documents exploités), l'étude a pu être réalisée. Le présent rapport de cette étude s'articule principalement autour de trois grands points : le contexte institutionnel de la CSU au Burkina Faso, les mécanismes de protection du risque maladie et les indicateurs de base de la CSU au Burkina Faso.

I Approche méthodologique

L'objectif principal de l'étude est de décrire l'état actuel de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso sur la base d'indicateurs clés. Pour y parvenir, une revue documentaire et des entretiens semi structurés avec des personnes ressources du ministère de la santé ont été réalisés.

La revue documentaire a porté sur des documents (rapports, articles, livres...) publiés et non publiés. Les sites internet officiels du Gouvernement Burkinabè, des institutions ministérielles, internationales et privées (INSD, OMS, UNICEF...) et le site « Observatoire Africain de Santé »ⁱ qui est spécialisé dans le financement Africain de la santé ont permis de collecter les documents accessibles en ligne. Mais la plupart des documents non publiés, principalement les rapports de suivi et les documents de politique ou de stratégie ont été obtenus directement avec des personnes ressources.

Les critères suivants ont servi de repères pour le choix des documents :

- **l'année de publication ou de rédaction du document.** Les documents les plus récents ont été privilégiés au détriment des documents ayant des données plus anciennes. Toute fois pour des raisons de comparaison (évolution des indicateurs dans le temps) un recul de plusieurs années était souvent nécessaire. Ce fut le cas par exemple de l'évolution du niveau de contribution des ménages dans le financement de la santé entre 2005 et 2013. Il en était de même pour la plupart des indicateurs issus des rapports d'annuaires statistiques des cinq dernières années.
- **la fiabilité des données contenues dans le document.** Les rapports et les articles d'études faites sous forme d'enquête transversale ont bénéficié d'une lecture critique à l'aide de la fiche de Salmi Rachid (24). Les principaux critères d'appréciation étaient le schéma de l'enquête (formulation claire de l'objectif, description de la maladie ou du sujet principal de l'étude, échantillonnage exhaustif ou représentatif), la procédure de sélection des sujets (critères d'inclusion et d'exclusion, respect de l'éthique), la conduite de l'étude et l'analyse des données. Les techniques de mesure standardisées avec une forte précision sont plus fiables.
- **le niveau de stratification des données.** Pour des besoins d'analyse comparative entre plusieurs groupes sur un indicateur, la stratification en fonction de paramètres comme le milieu de résidence (urbain, rural), la région, le sexe, le percentile de richesse...était souhaitée dans les documents.

Les indicateurs en rapport avec la couverture des services de santé et la couverture du risque maladie ont été choisis en tenant compte des orientations du document intitulé « La couverture sanitaire universelle : suivi des progrès à l'échelon national et mondial » de l'OMS et du groupe de la banque mondiale^j.

Pour déterminer la valeur numérique de certains indicateurs, des calculs complémentaires ont été réalisés à l'aide d'un tableur Excel sur la base d'une combinaison des données brutes disponibles dans les rapports officiels. Les figures ont été également construites dans ce tableur.

ⁱ L'adresse du site est : www.who.afro.who.int , rubrique : HEALTH FINANCING IN THE AFRICAN REGION

^j http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112823/1/WHO_HIS_HIA_14.1_fre.pdf

II Le contexte institutionnel de la CSU au Burkina Faso

II.1 L'Organisation de l'offre des soins

Au Burkina Faso, l'offre des services et des soins de santé est organisée de façon pyramidale, avec à la base le district sanitaire qui comprend les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), les centres médicaux (CM) et les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA). Au niveau intermédiaire on a les centres hospitaliers régionaux (CHR) et au sommet de la pyramide, les centres hospitaliers universitaires (CHU). Des normes en ressources humaines et matérielles ont été établies pour chaque niveau de soins afin qu'il puisse offrir un paquet minimal d'activités et de prestations définies. Les soins préventifs et promotionnels sont offerts de façon gratuite aux populations cibles (surveillance de la grossesse, vaccination des enfants). Mais la plupart des soins curatifs sont conditionnés par le paiement direct des médicaments, des examens et des actes.

Le tarif de l'acte est règlementé par le kiti N° AN – VIII – 0202/FP/SAN – AS, du 8 février 1991, portant base générale de tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et les établissements hospitaliers publics du Burkina Faso. Ce texte qui date de plus de vingt ans n'est plus respecté par bon nombre de formations sanitaires. Dans ce texte, les formations sanitaires doivent reverser **15%** des recettes issues de la tarification des actes au budget de l'Etat^k. Cette réglementation dans l'utilisation des recettes a été mise en application à partir de 2009 soit près de vingt ans après la signature de l'arrêté.

Quant aux médicaments et consommables médicaux, le ministère de la santé fixe chaque année les prix de cession des produits de la centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques (CAMEG) au public. Le monopole de la vente des MEG aux formations sanitaires (publiques et privées) est assuré par la CAMEG depuis 1994. Les formations sanitaires publiques sont tenues de s'approvisionner uniquement à la CAMEG sauf en cas de rupture de produits ou de manque du produit à la CAMEG.

II.2 Le financement des formations sanitaires

Le financement des formations sanitaires est assuré par les ressources propres de la structure (vente des médicaments et tarification des actes), les crédits délégués et les subventions de l'Etat et de ses partenaires. Le mécanisme d'appui de l'Etat et de ses partenaires techniques et financiers (PTF) suit trois voies différentes pour parvenir aux formations sanitaires. La première voie est celle de la direction de l'administration et des finances (DAF) à travers les régies du trésor public. La structure bénéficiaire dispose d'un temps, généralement avant fin Septembre de l'année en cours pour engager les crédits qui sont mis à sa disposition pour le fonctionnement. Le programme d'appui au développement sanitaire (PADS) abrite la deuxième voie d'appui aux formations sanitaires. Certains PTF préfèrent cette deuxième voie au regard des avantages qu'elle offre sur la traçabilité et la rapidité de déblocage des fonds. La troisième voie est le financement direct de la structure bénéficiaire sans passer par les deux voies sus décrites. C'est la voie empruntée par

^k Raabo N° AN VII 309/FP/MPSAN-AS/SEFB/SG/DCP du 15 Juin 1990 fixant les modes de répartition et de paiement des actes médicaux et consultations.

la plupart des organisations non gouvernementale (ONG), des associations et des particuliers. On note cependant que certains PTF et ONG financent des structures de santé à travers deux ou trois de ces voies.

Ce contexte de fragmentation du système de financement de la santé, certaines régions ont plus de partenaires financiers, donc plus de ressources financières que d'autres. Dans ce dispositif à plusieurs voies de financement, il apparaît difficile de garantir une utilisation rationnelle et une affectation équitable des ressources financières.

II.3 La gestion des formations sanitaires dans le système de décentralisation

Avec la mise en œuvre de la décentralisation, la gestion des formations sanitaires (FS) de premier échelon (CSPS, CM) revient à la charge de la commune selon le décret N°2009- 108 - /PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 3 Mars 2009, portant transfert des ressources et des compétences de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé. L'article 7 de ce décret précise les types de ressources dévolus aux communes. Il s'agit des CSPS, des dispensaires, des maternités, des dépôts de vente des MEG, des services de santé maternels et infantiles. Le transfert de la gestion aux collectivités concerne les ressources humaines, matérielles et financières. Les salaires, les investissements (constructions) ne sont pas transférés. L'insuffisance de ressources humaines qualifiées dans certaines communes constitue un facteur limitant l'utilisation optimale des ressources transférées de l'Etat.

Le budget du CSPS et du CM est géré de façon autonome par le comité de gestion. Ce budget est annexé à celui de la commune (article 18 du décret de transfert des ressources et des compétences aux communes). Au niveau des FS du 2^e échelon (CMA), le président du conseil régional nomme par arrêté les membres du comité de gestion de la structure (article 6 de l'Arrêté interministériel N°2010 – 431 - /MS/MATDS/MEF du 29 Décembre 2010 portant création, attributions, composition et fonctionnement du comité de gestion du centre médical avec antenne chirurgicale ou hôpital de district). On note cependant que les comités de gestion des CMA ne sont pas encore mis en place.

Le système de santé est basé sur le district sanitaire dans lequel l'équipe cadre de district (ECD) assure la gestion des formations sanitaires de son ressort géographique. Mais avec le transfert des FS aux collectivités, le système a connu une réforme profonde dans la gestion. Les comités de gestion (CoGes) des CSPS et des CMA ont désormais une double tutelle dans cette décentralisation. Les CoGes des CSPS sont placés sous la tutelle technique de l'équipe cadre de district et la tutelle administrative et financière de la commune (article 4 de l'arrêté interministériel portant fonctionnement du CoGes). Au niveau CMA, l'article 3 de l'arrêté interministériel indique que le CoGes du CMA est placé sous la tutelle technique et administrative du ministère de la santé et sous la tutelle financière du ministère de l'économie et des finances.

II.4 L'avènement du budget programme

Suivant les orientations de la directive N°06/2009/CM/UEMOA du 26 Juin 2009 portant loi de finances au sein de l'union économique et monétaire Ouest-Africaine (UEMOA), l'application du système de budget programme à partir de 2017 dans le secteur de la santé aura un effet sur le système de financement de la santé. Le ministère de la santé aura dans ce nouveau système trois responsables de programmes : un responsable de programme pour l'accès aux soins, un responsable en charge des prestations de services de santé et le troisième sera responsable du pilotage et du soutien des services du ministère de la santé. Des interrogations subsistent quant au devenir de l'organisation de la direction de l'administration et des finances (DAF) étant donné que le responsable de programme serait capable de négocier directement avec le ministère en charge du budget pour obtenir son financement. Mais il est prévu dans les textes (la directive sus citée) que le budget objet continuera dans ce dispositif pour les dotations en faveur des actions ne figurant pas dans les programmes. Cet aspect renforce la confusion et l'inquiétude sur le devenir du mécanisme du financement de la santé à travers le budget de l'Etat.

III Présentation des mécanismes de protection de risque

III.1. Les mécanismes de l'Etat

III.1.1 Répertoire et cibles des principaux mécanismes

L'Etat avec l'appui de ses PTF consacre des ressources financières orientées vers la protection du risque maladie au profit de groupes spécifiques. La femme enceinte, l'enfant de moins de cinq ans, la personne infectée par le VIH SIDA ainsi que celle atteinte de tuberculose et les indigents sont les principales cibles. Les actions de protection se résument à la prévention, à la promotion et la prise en charge curative des cas d'épisodes de maladie sans paiement ou avec une moindre contribution (paiement d'un ticket modérateur). Le tableau 1 présente la synthèse des mécanismes de protection.

TABLEAU 1 : MÉCANISME DE PROTECTION DU RISQUE MALADIE

N°	Mécanisme	Cibles	Rubriques	Observations
1.	Gratuité de la vaccination	Enfants de 0 à 15 mois	Actes, vaccins et consommables (BCG, Penta, VAR, VAA, Pneumo 23, rotavirus), outils et supports de gestion	Pas de contribution des ménages
		Femmes enceintes	Actes, vaccin et consommable (VAT)	
		Agents de santé, étudiants médecine	Actes, vaccins et consommables (Hépatite B, Meningo AC)	
2.	Campagnes de vaccination contre la poliomyélite et déparasitage	Enfants de moins de cinq ans	Distribution gratuite de vaccin polio et de médicaments anti parasitaire	Pas de contribution des ménages
3.	Gratuité de la consultation prénatale	Femmes enceintes	Acte, Fer+acide folique, antipaludiques, MILDA, carnet de suivi de la grossesse	Maladies dépistées pendant la CPN sont à la charge de la patiente Ruptures fréquentes en médicaments et bandelettes urinaires
4.	Subvention des produits contraceptifs	Femmes en âge de reproduction (15 à 49 ans)	Médicaments contraceptifs Actes de consultation et de pose du produit	Contribution des bénéficiaires Subvention ne couvre pas le coût des actes, mais le tarif de l'acte n'est pas recouvré chez la patiente
5.	Traitement de masse contre les maladies tropicales négligées	Population totale	Médicaments contre la filariose lymphatique, la schistosomiase, le trachome	Pas de contribution des ménages. Campagnes régionales de traitement gratuit de masse, stratégie porte à porte
6.	Chimioprophylaxie saisonnière contre le paludisme	Enfants de moins de cinq ans	Médicaments distribués gratuitement porte à porte	Pas de contribution des ménages. Mécanisme couvrant 17 districts sanitaires en 2015
7.	Dotation de kits pour le palu grave (lever l'urgence)	Enfants de moins de cinq ans Femmes enceintes	Médicaments d'urgence, TDR palu	Contribution des ménages pour les autres frais de santé. Ruptures fréquentes
8.	Dotation de médicaments pour la prise en charge de la malnutrition aigüe	Enfants de moins de cinq ans Femmes allaitantes PvVIH	Aliments thérapeutiques, médicaments de traitement systématique	Contribution des ménages pour les autres frais à la charge du malade (examens, actes) NB : financement des PTF
9.	Subvention accouchements et SONU	Femmes enceinte en travail d'accouchement ou devant bénéficier de SONU	Actes, médicaments, examens, hospitalisation, carburant	Contribution des ménages (20 à 40%) Retards de remboursement des formations sanitaires
10.	Gratuité ARV	PvVIH Femmes enceintes infectées par le VIH	Actes, ARV, cotrimoxazole, examens biologiques limités	Contribution des ménages pour les autres frais : Coût de la charge virale supporté par le patient

N°	Mécanisme	Cibles	Rubriques	Observations
11.	Gratuité du sang	Population totale	Poche de sang, réactifs de test de validation ou rejet des poches, transfuseurs, collation pour le donneur	Contribution des ménages pour les autres frais : examens avant transfusion à la charge du malade (examens, actes)
12.	Prise en charge gratuite des tuberculeux	Population totale	Actes, médicaments, examens, hospitalisation, alimentation	Problème du carburant pour la référence et coût du séjour pour les patients multi résistants devant être suivis au CHU
13.	Dotations ponctuelles de produits de santé dans les situations d'épidémie (méningite, diarrhées sanglantes, choléra, Ebola, rougeole...)	Population totale	Médicaments, consommables,	Contribution des ménages pour les autres frais à la charge des patients : examens, hospitalisation
14.	Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)	toute la population	Actes, médicaments, examens, hospitalisation, alimentation	Le mécanisme n'est pas encore opérationnel. Il vient d'être lancé avec le vote de loi portant régime d'assurance maladie universelle en septembre 2015

III.1.2 Fonctionnalité des mécanismes de protection du risque maladie

L'analyse de la fonctionnalité concerne les mécanismes suivants : la subvention des accouchements et des SONU, les dotations en intrants pour le traitement du paludisme, la transfusion sanguine, la prise en charge des PvVIH (y compris les femmes enceintes infectées par le VIH), les soins préventifs (vaccination et surveillance de la grossesse) et la prise en charge de la tuberculose.

La fonctionnalité de ces mécanismes est appréciée à travers leur niveau de couverture, le niveau d'effectivité et d'équité.

Couverture des interventions

Pour déterminer les taux de couverture des mécanismes de protection, deux sources de données ont été utilisées suivant les orientations du manuel d'évaluation des indicateurs dans le contexte de la CSU (4). Il s'agit des données des formations sanitaires (couverture administrative) pour les indicateurs de la vaccination, du traitement (VIH, TB, paludisme) et les données d'enquête ménages pour les autres indicateurs.

Les niveaux de couverture sont assez satisfaisants pour les services de prévention sauf la consultation prénatale (CPN 4) qui se situe seulement à **33,1%**. La vaccination chez les enfants a atteint un niveau élevé de **98,7%**. Par contre les niveaux de couverture des services de traitement sont faibles dans l'ensemble. La figure 1 montre les niveaux de couverture de 8 mécanismes de prévention et de 7 mécanismes de traitement.

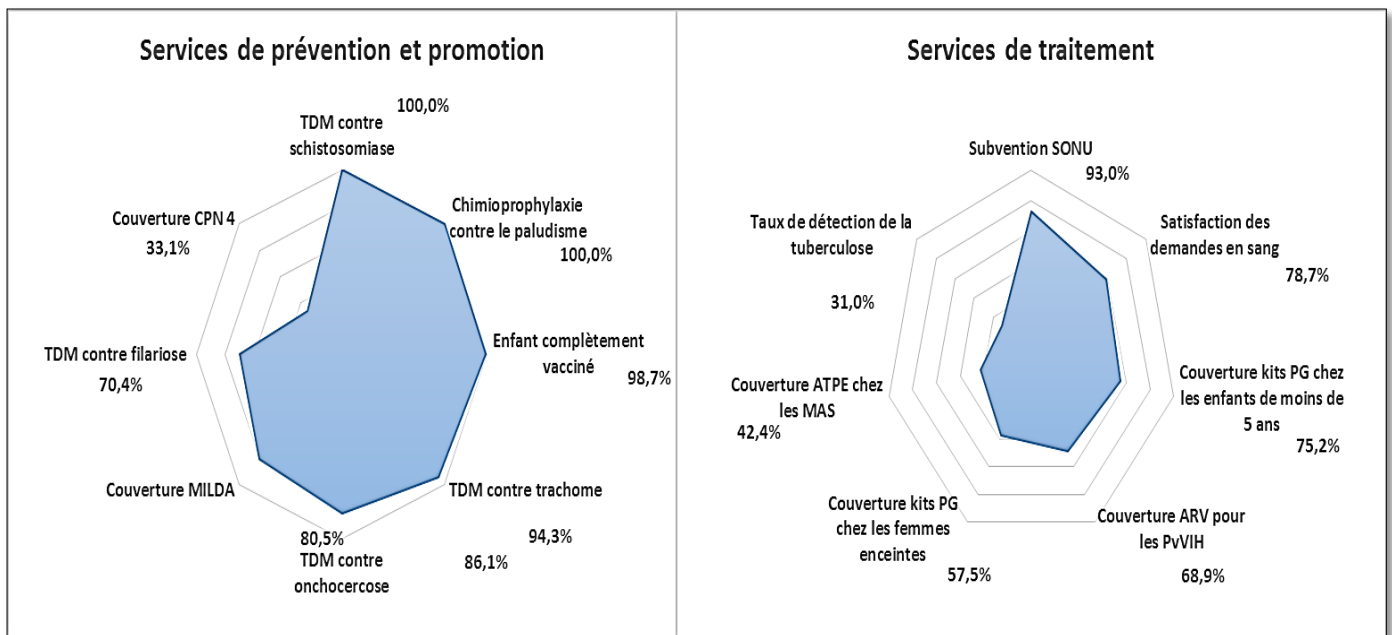


Figure 1: niveaux de couverture des services de prévention et de traitement

Ces niveaux de couverture d'envergure nationale (sauf pour la malnutrition¹) masquent des disparités importantes selon le milieu de résidence, le quintile de richesse et selon la région. Pour la subvention des accouchements et des SONU, le plus riche atteint un niveau de **96%** contre **88%** chez le plus pauvre. L'annexe 2 montre les niveaux de couverture de ces mécanismes ventilés selon le milieu et le quintile de richesse en précisant les sources de données.

La subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) a pris effet à partir d'octobre 2006 sur toute l'étendue du territoire. Le système de rapportage informatisé des données de couverture étant en panne, il est impossible de fournir des renseignements sur le niveau de couverture réelle de la subvention à travers les données de routine. L'enquête d'évaluation indépendante conduite en 2014 n'a pas aussi fourni des données de couverture réelle de la stratégie (5). Elle indique cependant un faible taux d'absorption des ressources financières, seulement **48%** au niveau national avec des extrêmes de **72%** dans la région des Cascades et de **30%** au Sahel (annexe 3 pour le détail par région). Cette situation a un impact négatif sur l'effectivité de la stratégie au regard des retards de remboursements des fonds aux formations sanitaires.

Le taux d'effectivité de la stratégie c'est-à-dire la proportion des cibles qui ont réellement bénéficié des prestations éligibles en payant le montant prévu n'a pu être évalué. Cependant le rapport d'évaluation des coûts et de l'impact (6) indique qu'en moyenne **93%** des ménages enquêtés dans six districts sanitaires ont été capables de faire face aux dépenses des prestations de subvention avec une disparité entre le plus pauvre (**88%**) et le plus riche (**96%**). Il faut cependant noter que ces dépenses

¹ Régions évaluées : Est, Sahel, Nord, Centre Nord, Centre Ouest, Centre Est, Plateau Central

étaient au-delà des montants prévus par la subvention, 5 802 FCFA contre 900 – 1800 FCFA pour un accouchement normal, et 19 002 FCFA contre 11 000 FCFA pour une césarienne. Le tableau 3 montre ces différences d'écart dans les formations sanitaires enquêtées.

TABLEAU 2 : COÛTS DES PRESTATIONS SONU SUPPORTÉS PAR LES MÉNAGES

DISTRICT	MÉNAGES INCAPABLE DE PAYER	MONTANT PRÉVU SUBVENTION (FCFA)	MONTANT RÉELLEMENT PAYÉ (FCFA)	MONTANT PRÉVU SUBVENTION (FCFA)	MONTANT RÉELLEMENT PAYÉ (FCFA)
		Accouchement normal		Césariennes	
CMA DE BOGANDÉ	3%	900	6 811	11 000	22 834
CMA DE HOUNDÉ	3%	900		11 000	21 814
CMA DE ORODARA	0%	900	2 202	11 000	12 870
CMA DE YAKO	11%	900	2 297	11 000	16 101
CHR DE BANFORA	19%	1 800	9 570	11 000	19 974
CHR DE GAOUA	3%	1 800	8 130	11 000	20 418
CSPS	3%	900	2 315	-	-
MOYENNE	7%		5 802	11000	19 002

Source : extrait données du rapport d'évaluation du coût et impact de la subvention, p 62.
(http://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/Rapport_FEMHealth_Burkina_280314_Final.pdf)

La subvention des ACT et des TDR pour la prise en charge des cas de paludisme était suffisante en 2014 selon les données de monitoring du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). On note cependant que les couvertures des FE et des enfants de moins de cinq ans en kits PG étaient faibles, respectivement de **57,5%** et de **75,2%** pour la même année.

Le taux de satisfaction en transfusion sanguine en 2014 était de **93,5%**, de **90,9%**, de **72,8%** et de **72,3%** respectivement dans les centres de transfusion régionale (CRTS) de Bobo-Dioulasso, de Fada N'Gourma, de Ouagadougou et de Koudougou^m. Il faut signaler cependant que tous les hôpitaux du pays ne bénéficient pas des dotations de ces produits sanguins. Seulement 4 régions sur les 13 que compte le pays disposent de CRTS. Le taux de satisfaction ne renseigne donc pas le niveau de satisfaction réel en produits sanguins sécurisés au point de prestation. Autrement dit, les dons familiaux de sang persistent surtout dans les hôpitaux de 1^{er} niveau (car éloignés du CRTS) et se rencontrent souvent même dans les hôpitaux desservis par les CRTS.

III.2. Les autres mécanismes de protection

La caisse nationale de sécurité sociale (CNSS)

L'une des missions de la CNSS est d'assurer la prise en charge de prestations familiales (consultations prénatale, consultation post natale, consultation nourrisson et vaccination, planification familiale, consultation des malades et analyse des examens de laboratoire), la prise en charge des accidents de travail et les maladies professionnelles sur la base des cotisations des adhérents.

^m Données de l'annuaire statistique 2014 du ministère de la santé

En 2012, la CNSS comptait 283 479 adhérents dont 20,1% de femmes (7). L'Etat est le principal employeur des adhérents (6 266) suivi des assurés volontaires (1 391) et des employeurs de gens de maison (228). La cible couverte par ces prestations est très faible (**1,7%**) rapportée à la population totale du pays pour la même année. Par ailleurs l'action sanitaire et sociale de la CNSS représentait seulement **2,56% (1 320 510 407 FCFA)** des charges des dépenses en 2012 qui remontaient à **51 554 332 536 FCFA**. La valeur de cette action sanitaire et sociale représente **0,36%** des dépenses courantes de santé du ministère de la santé.

Les sociétés d'assurance

La part contributive des sociétés d'assurance était estimée à 5 020 526 000 FCFA en 2013 (rapport CNS 2013, ministère de la santé). Cette part représentait **1,4%** des dépenses courantes de santé (DCS) qui remontaient à 362 096 455 387 FCFA.

Les mutuelles de santé et les systèmes de partage des coûts

En 2013, on en dénombrait 188 mutuelles de santé avec 256 015 bénéficiaires (8). Le taux de couverture est donc très faible, de l'ordre de **1,5%** de la population totale en 2013. Les prestations et les cibles couvertes par ces mutuelles sont disparates. Dans la commune rurale de Ouagadougou, 6 mutuelles de santé étaient fonctionnelles en 2014, mais elles affichaient toutes de très faibles niveaux d'adhésion des populations entre **2 et 6%** (annexe 4 pour les détails par mutuelle).

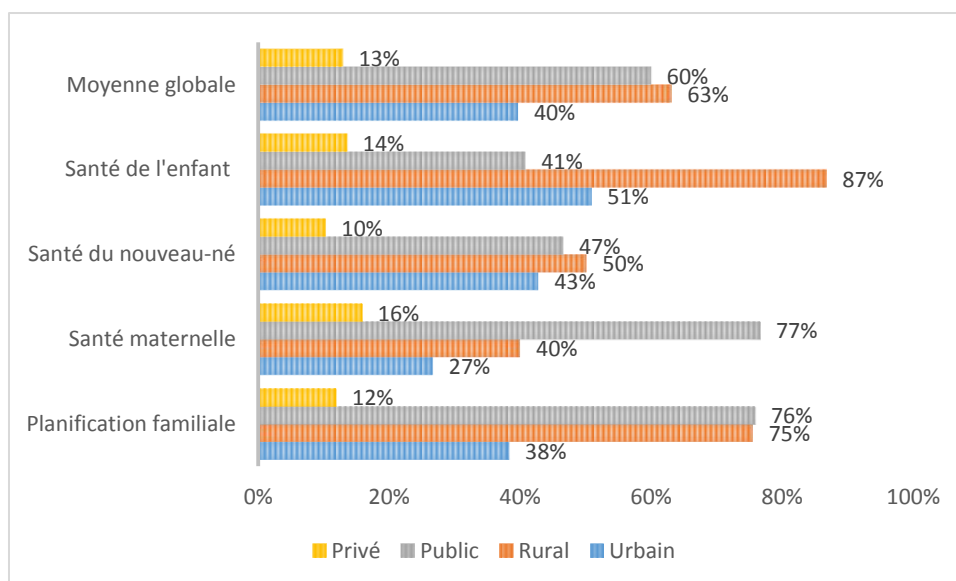
IV Disponibilité et couverture des services de santé essentiels

IV.1 Disponibilité des ressources et des services de santé

La disponibilité des services de santé est capitale dans le processus de CSU. Pour chaque niveau de soins du système de santé, un paquet minimum de service a été identifié.

IV.1.1 Disponibilité des médicaments essentiels

En ciblant les médicaments essentiels pour la santé de la mère et de l'enfant (voir annexe 5 pour la liste des médicaments évalués), les formations sanitaires du milieu rural (**63%**) et du public (**60%**) affichent les meilleurs taux de disponibilité par rapport à celles du milieu urbain (**40%**) et du privé (**13%**). La figure 2 présente le niveau de disponibilité en fonction du domaine évalué (planification familiale, santé maternelle, santé du nouveau-né, santé de l'enfant).



Source : données de l'enquête SARA 2014

FIGURE 2 : DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS PAR DOMAINE DE SERVICE

IV.1.2 Les ressources humaines

Le ratio population médecin n'a pas connu une véritable amélioration ces cinq dernières années comme le montre la figure 3. En 2014, le Burkina Faso comptait un médecin pour 20 864 habitants (annuaire statistique 2014, ministère de la santé), plus du double de la norme recommandée par l'OMS. Il en est de même pour les ratios population sage-femme qui est passé de 1 SFE pour 14 883 en 2010 à 1 SFE pour 10 253 en 2014. Seul le ratio population infirmier (infirmier breveté et infirmier diplômé d'état) est à un niveau acceptable, de 1 infirmier pour 2 812 en 2014.

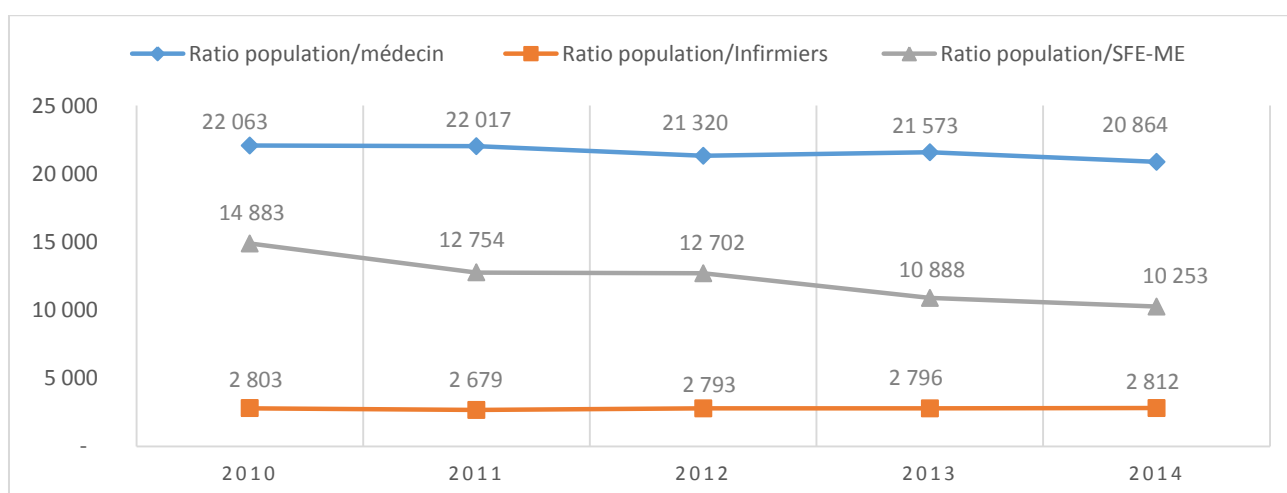


FIGURE 3 : ÉVOLUTION DES RATIOS AGENTS DE SANTÉ POPULATION DE 2010 À 2014

En combinant les trois corps (médecins, infirmiers et SFE), la figure 4 montre que le Burkina Faso comptait en 2014 seulement **4,9** médecins, infirmiers et SFE pour 10 000 habitants avec des variations régionales importantes (**7,9** dans la région du Centre contre **3,2** dans la région du Sahel). Ce ratio agents de santé population (4,9)

est très loin du seuil minimal recommandé par l'OMS qui est de **23** médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants.

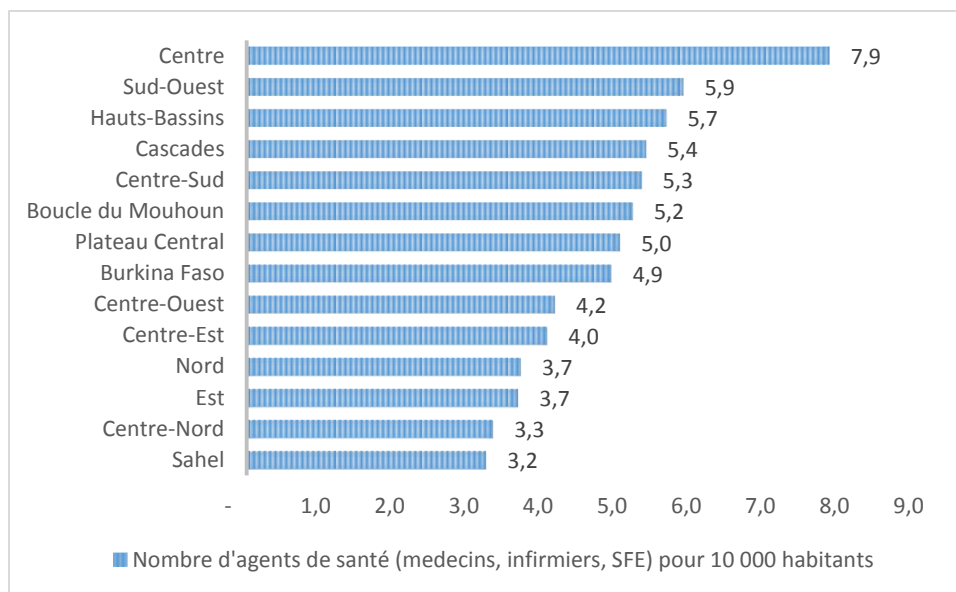


FIGURE 4 : RATIOS AGENTS DE SANTÉ POPULATIONS PAR RÉGION EN 2014

En spécifiant uniquement les données des DS, des DRS et des hôpitaux de l'annuaire 2014ⁿ, la région du Centre détient le plus de médecin (1 médecin pour 6 942 habitants), le plus d'infirmiers (1 infirmier pour 2018) et le plus de SFE/ME (1 SFE/ME pour 6844 habitants). Globalement la répartition des ressources humaines dans les régions n'est pas équilibrée. Les régions du Centre, des Haut – Bassins et du Sud-Ouest sont plus nanties en ressources humaines que les régions du Sahel, du Centre Nord et de l'Est comme le montre la figure 5.

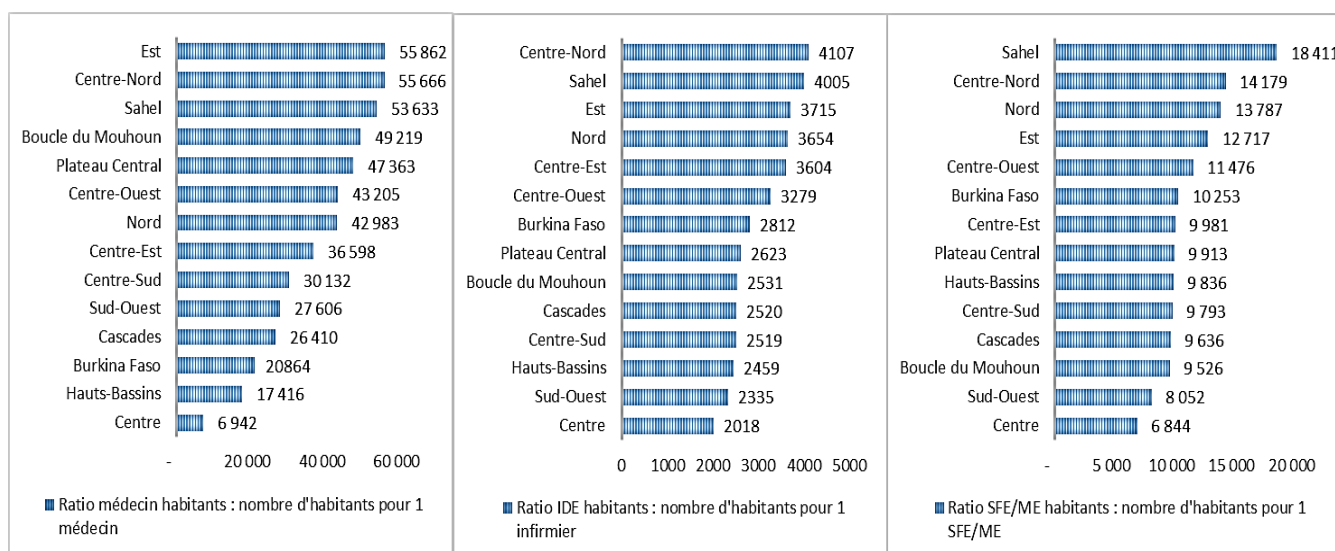


FIGURE 5 : RATIOS AGENTS DE SANTÉ POPULATION EN 2014 DANS LES REGIONS

ⁿ Les agents de santé exerçant dans les directions centrales ont été exclus ; sont pris en compte ceux travaillant dans les DS, les DRS et les hôpitaux (CMA, CHR, CHU)

IV.1.3 Couverture géographique des services de santé

La proportion des populations vivant à moins de 5 km d'un centre de santé a connu une évolution défavorable entre 2010 (55,5%) et 2012 (53,9%) ; puis une évolution favorable entre 2012 et 2014 (56,7%). Il existe une importante disparité entre les 13 régions du pays. Les régions du Centre (96,4%) et des Haut – Bassins (69,9%) ont les plus forts taux de pourcentage de la population vivant à moins de 5 km du centre de santé le plus proche. Les régions du Sud-Ouest, du Sahel et de l'Est ont les plus faibles pourcentages respectivement de 40,8%, de 35,6% et de 33,4%. La figure 6 montre les tendances évolutives entre 2010 et 2014 et les niveaux de couverture par région en 2014.

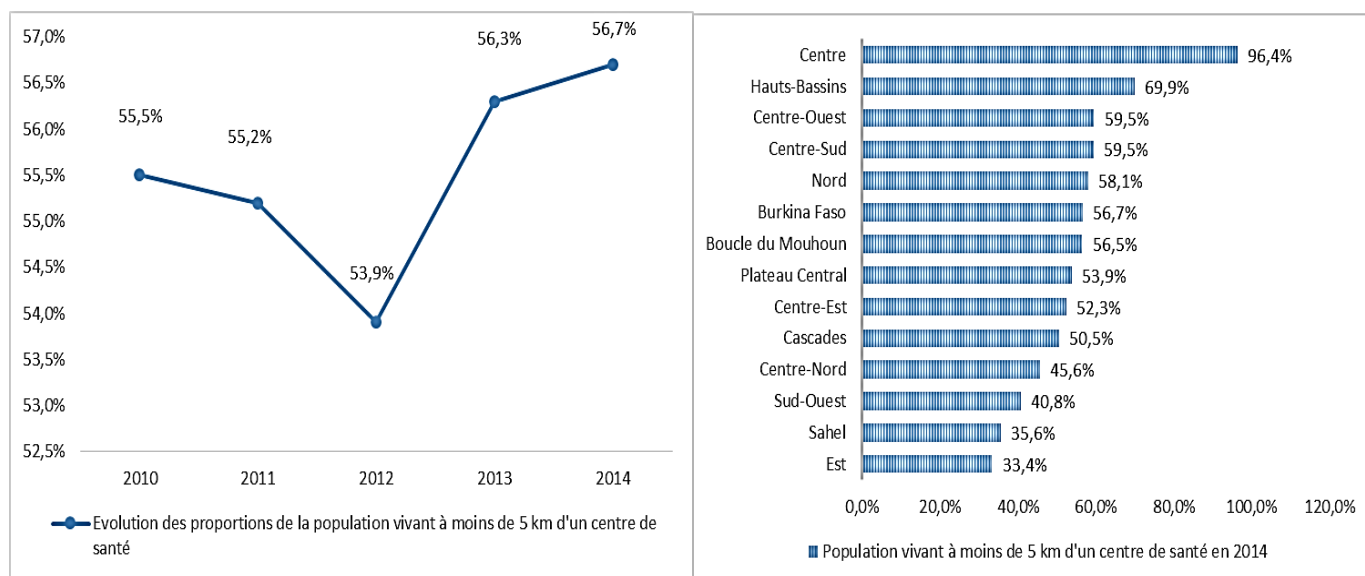
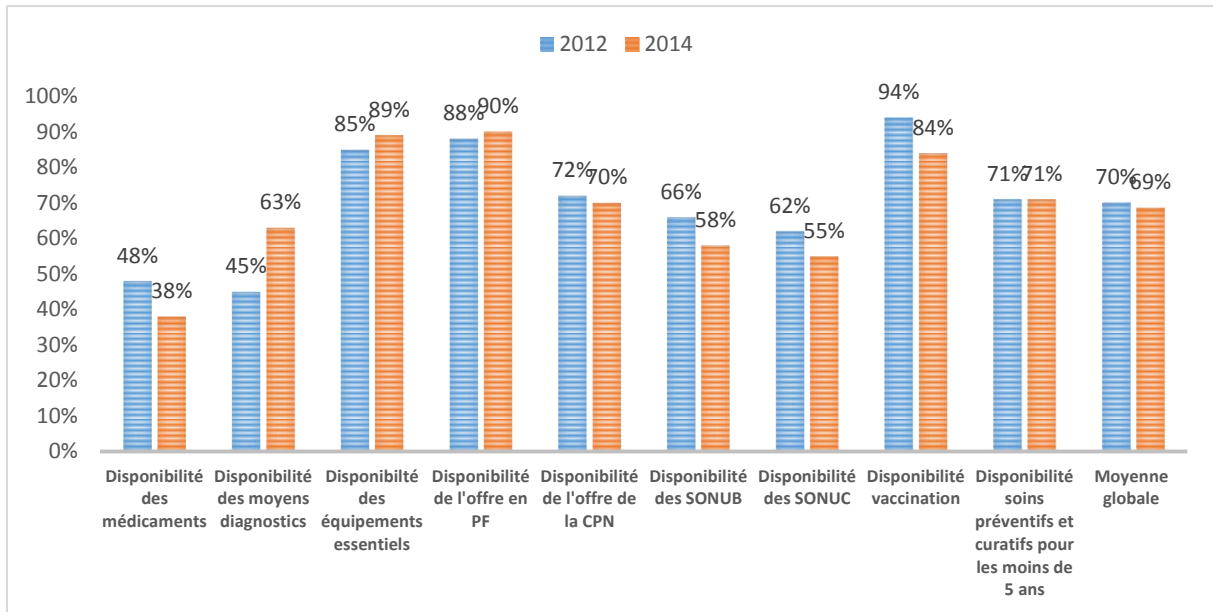


FIGURE 6 : COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE DE LA POPULATION EN CENTRE DE SANTÉ : POURCENTAGE DE LA POPULATION VIVANT À MOINS DE 5 KM D'UN CENTRE DE SANTÉ

IV.1.4 Évolution des niveaux de disponibilité de services

Les rapports d'enquête SARA (9,10), indiquent qu'entre 2012 et 2014, la disponibilité de services essentiels n'a pas connu une amélioration, mais au contraire une stabilité globale^o de **70% à 69%** (figure 7). Cette figure montre que les médicaments (**48%**) et les moyens diagnostics (**45%**) étaient les plus faiblement disponibles dans les formations sanitaires en 2014.

^o La moyenne globale a été estimée sur la base des niveaux de disponibilité sans pondération



Source : données des rapports enquêtes SARA 2012 et 2014, Burkina Faso
 FIGURE 7 : DISPONIBILITÉ DES SERVICES ESSENTIELS

IV.2 Capacité opérationnelle des formations sanitaires

En ciblant six types de services essentiels (services de santé de l'adolescent, SONUB, SONUC, PF, soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de cinq ans, soins prénatals) pour apprécier la capacité opérationnelle des FS, les données de l'enquête SARA 2014 montrent que la disponibilité de ces services est variable en fonction de paramètres dont le type de la formation sanitaire et le milieu d'implantation. Les formations sanitaires publiques et du milieu rural ont une meilleure disponibilité en services que celles du privé respectivement de **80%** et **64%** comme le montre la figure 8. Les services de santé de l'adolescent sont les plus disponibles quel que soit le type de formation sanitaire et le milieu.

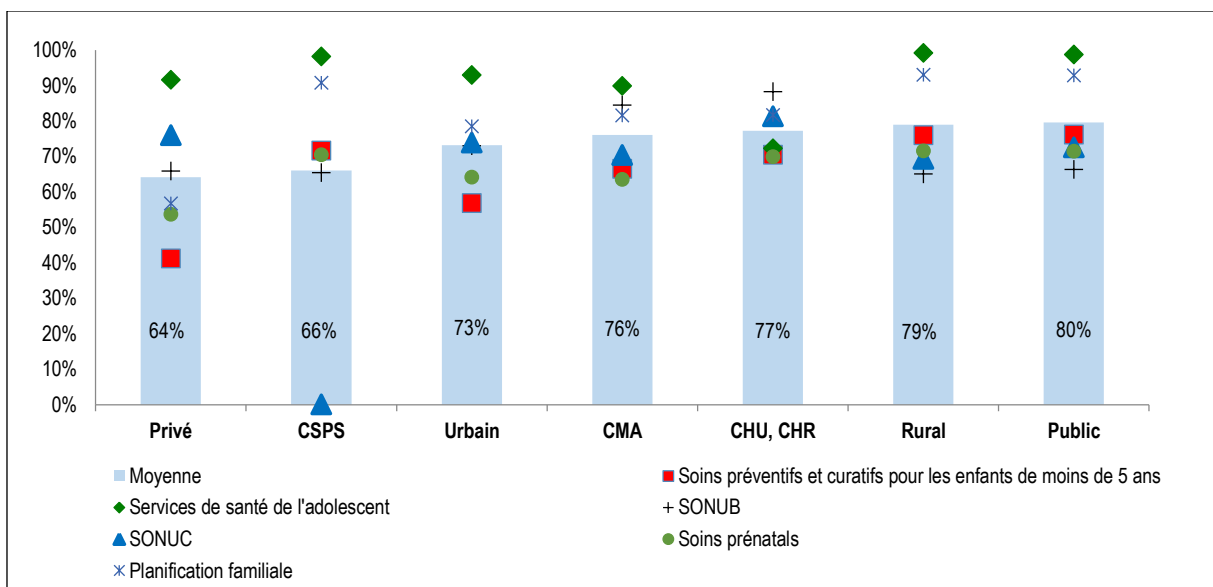


FIGURE 8 : CAPACITÉ OPÉRATIONNELLE DES FORMATIONS SANITAIRES

IV.3 Accès aux services de santé

L'accès aux soins préventifs et curatifs est conditionné par plusieurs facteurs dont les principaux sont la disponibilité des soins, le coût et le niveau de revenu du ménage.

Pour l'accès aux soins, les 12^p indicateurs agrégés (11) ont été mesurés. Il s'agit de :

6 indicateurs des soins préventifs

1. Les besoins satisfaits en planification familiale
2. Le taux de couverture en CPN4
3. Le taux de couverture des enfants vaccinés contre la rougeole
4. Le taux d'accès à l'eau potable
5. Le taux d'accès à un assainissement satisfaisant
6. la proportion des non-fumeurs

6 indicateurs des soins de traitement

1. Taux d'accouchement assisté
2. Proportion des PvVIH sous ARV
3. Taux de détection de la TB
4. Taux de guérison des cas de TB
5. Proportion des hypertendus sous traitements anti HTA
6. Proportion des diabétiques sous traitement contre le diabète

Une moyenne globale a été calculée pour chaque groupe d'indicateurs. La moyenne globale a été pondérée pour les soins préventifs en attribuant un poids de 50% pour les deux indicateurs d'accès à l'eau et à l'assainissement et un poids de 50% pour les 4 autres indicateurs. Au niveau des soins de traitement, la moyenne n'a pas été pondérée car tous les indicateurs relèvent du même secteur d'activités à savoir le système de santé. L'annexe 6 fournit les informations sur les sources des données utilisées et les valeurs des indicateurs.

Pour les indicateurs des soins et des services de prévention, la moyenne globale est de **58,3%** avec une disparité entre le milieu urbain (**79,0%**) et le milieu rural (**52,7%**). Au niveau des services de traitement, la moyenne globale est plus faible, **50%** avec également un écart important entre le milieu urbain (**59,7%**) et le milieu rural (**35,3%**)^q. La figure 9 montre que six indicateurs affichent un niveau inférieur à la moyenne globale. Il s'agit des besoins satisfaits en PF (**16,2%**), de la couverture en CPN4 (**33,7%**), de l'assainissement adéquat (**49,5%**), du traitement contre l'HTA (**30,3%**), contre le VIH (**42,0%**) et de la détection des cas de tuberculose (**31%**).

^p Il s'agit des indicateurs du document de cadre et suivi des progrès à l'échelle nationale et mondiale de la CSU

^q La moyenne globale des services de traitement ventilée par milieu concerne le traitement HTA, le traitement contre le diabète et l'accouchement qualifié. Les trois autres indicateurs ne sont pas disponibles en fonction du milieu

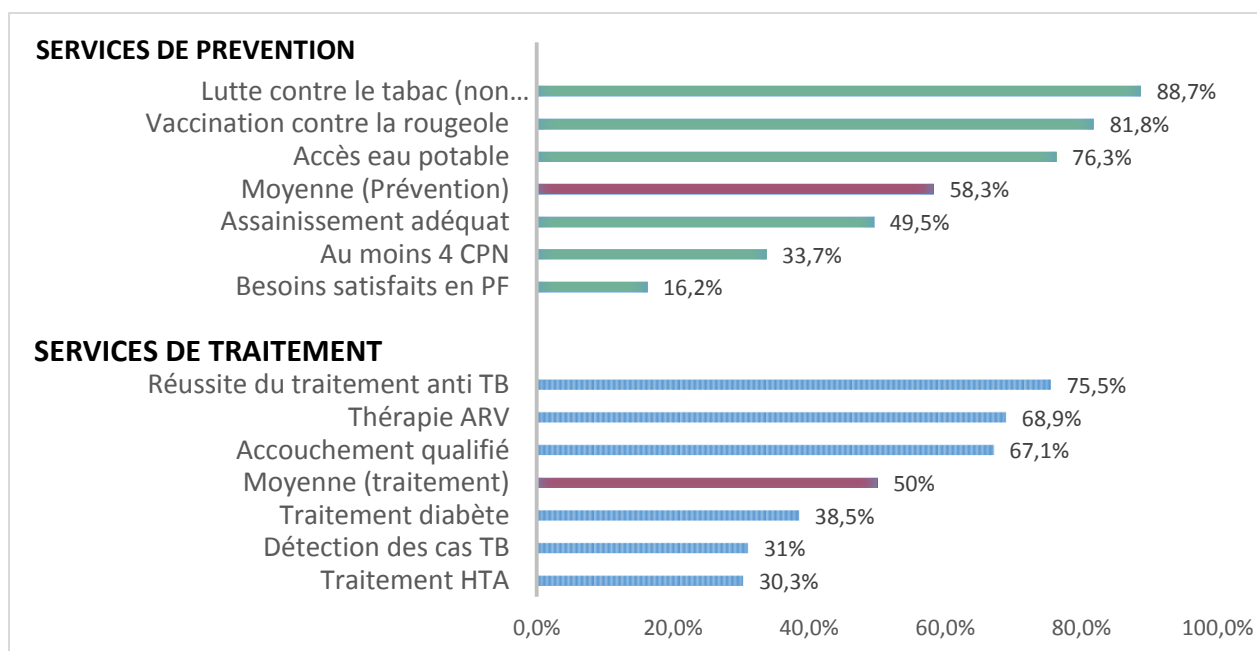


FIGURE 9 : NIVEAUX DE COUVERTURE DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT

Ces niveaux d'accès varient considérablement en fonction du milieu et du quintile de richesse. Par exemple, les besoins satisfaits en PF atteignent **37,4%** chez le plus riche contre seulement **7,4%** chez le plus pauvre, le traitement contre le diabète est de **45,5%** en milieu urbain contre **15,6%** en milieu rural. L'annexe 7 présente les différences concernant les indicateurs pour lesquelles les données sont disponibles.

D'autres indicateurs d'accès aux services de prévention méritent un suivi. Il s'agit de :

- **La lutte contre les blessures graves (accidents de la voie publique)**

Le nombre de victimes (tués, blessés légers, blessés graves) suite aux accidents de la voie publique sont en nette augmentation dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso comme le montre la figure 10. Le nombre de victimes enregistrées par l'office national de sécurité routière est passé de **3 530** à Ouagadougou en 2008 à **7 118** en 2013. A Bobo-Dioulasso, ce nombre est passé de **1 514** victimes à **3 212** victimes au cours de la même période (12). Les blessures graves (fractures, traumatismes crâniens graves) entraînent des dépenses importantes des ménages. Elles ont une répercussion négative sur l'économie du pays à cause des séjours prolongés pour les soins hospitaliers.

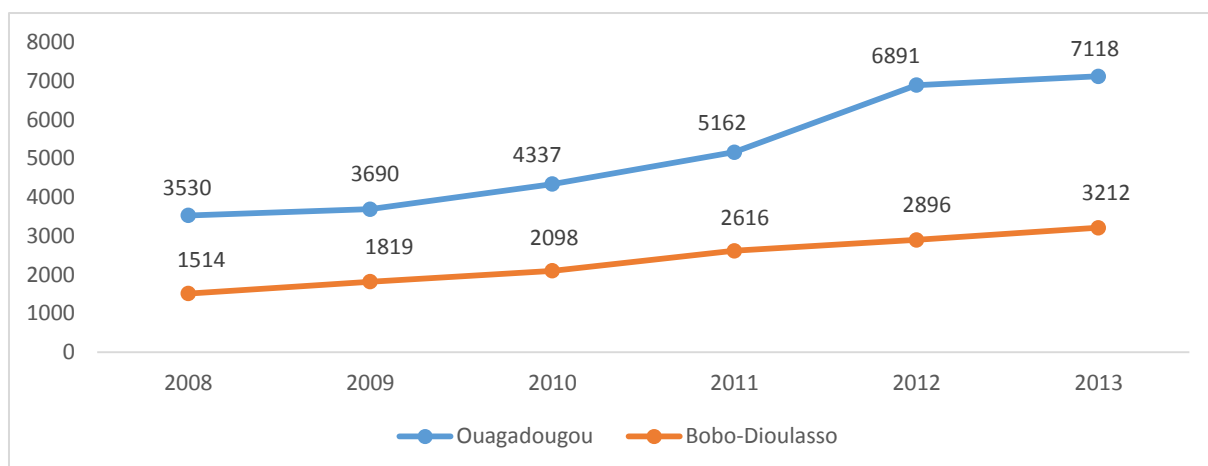


FIGURE 10 : NOMBRE DE VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE PAR ANNÉE DANS LES VILLES DE OUAGADOUGOU ET DE BOBO-DIOULASSO

Les données des annuaires statistiques montrent que la létalité des traumatismes crâniens est élevée, **34,7% en 2013** et **27,8% en 2014**. Pour lutter efficacement contre ce fléau la promotion du transport en commun demeure le moyen le plus sûr surtout dans les grandes villes. Le pourcentage des habitants qui se déplacent avec le transport en commun dans les villes peut être évalué et suivi dans le temps. En 2006, seulement **8%** des habitants de la ville de Ouagadougou se déplaçaient avec le transport en commun (13).

- **La lutte contre le cancer : dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein**

L'incidence hospitalière des cancers de sein et du col de l'utérus augmente progressivement, de 166 cas notifiés en 2010 à 334 cas notifiés en 2014 (figure 11). La létalité demeure aussi élevée, mais connaît une baisse progressive entre 2011 (16,5%) et 2014 (6,9%). Le dépistage précoce des deux formes de cancer permet de prendre des mesures thérapeutiques efficaces garantissant la guérison. Malheureusement seulement **6,7%** des femmes de 25 à 64 ans avaient effectué un dépistage du cancer du col de l'utérus en 2013 (14).

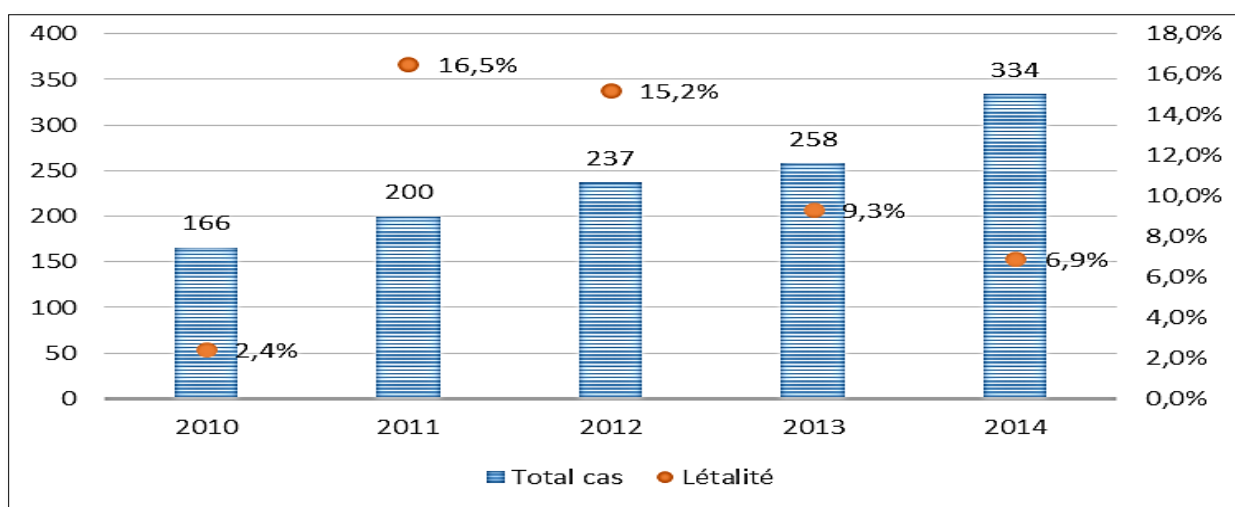


Figure 11 : incidence et létalité des cancers de sein et du col de l'utérus de 2010 à 2014

V Ressources financière de la santé

V.1. Les dépenses de santé

Les dépenses totales de santé (DTS) étaient estimées à 388,5 milliards FCFA en 2013 (rapport 2013 des CNS). Rapportées à la population, ces DTS ont connu une progression, passant de **17 456 FCFA par habitant en 2010 à 22 433 FCFA par habitant en 2013**. Durant la même période le pourcentage du budget du ministère de la santé par rapport au budget de l'Etat a aussi connu une augmentation, de 8,9% à 12,5%. On note cependant que le pourcentage des DTS sur le produit intérieur brut (PIB) est resté presque stable, 6,2% en 2010 et 6,5% en 2013. La figure 12 présente ces différentes données par année¹

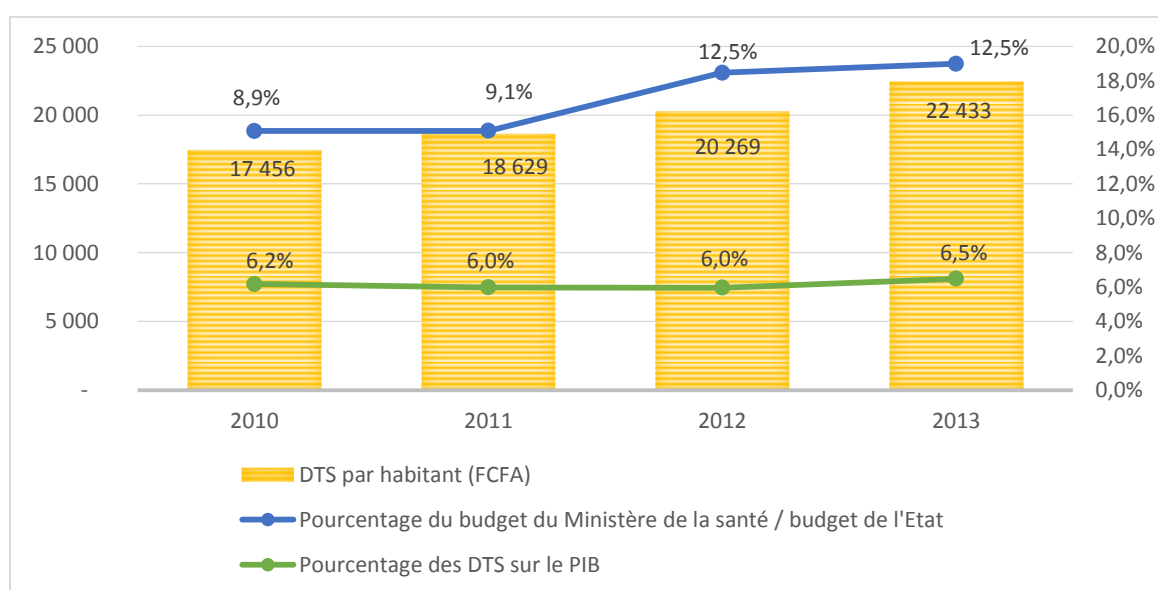


Figure 12: évolution des DTS par habitant, du pourcentage du budget du MS et du pourcentage des DTS sur le PIB

Il existe une disparité importante entre les régions concernant les dépenses courantes de santé (DCS) par habitant. En 2013, selon les données des CNS, les régions du Centre et des Hauts-Bassins détiennent les premiers rangs, respectivement de **69 252 FCFA** par habitant et de **19 721 FCFA** par habitant pour une moyenne nationale de **20 903 FCFA** par habitant (figure 13). Les régions du Centre Nord (9 476 FCFA), du Sahel (9 539 FCFA) et de l'Est (10 284 FCFA) avaient les plus faibles niveaux de DCS par habitant.

¹ Sources des données pour le calcul des indicateurs : *annuaire statistique 2014 de l'INSD* http://www.insd.bf/n/contenu/pub_periodiques/annuaire_stat/Annuaire_stat_nationaux_BF/Annuaire_stat_2014.pdf, consulté le 24 Décembre 2015, *rapports CNS 2010 à 2013 du ministère de la santé et projections démographiques de l'INSD*

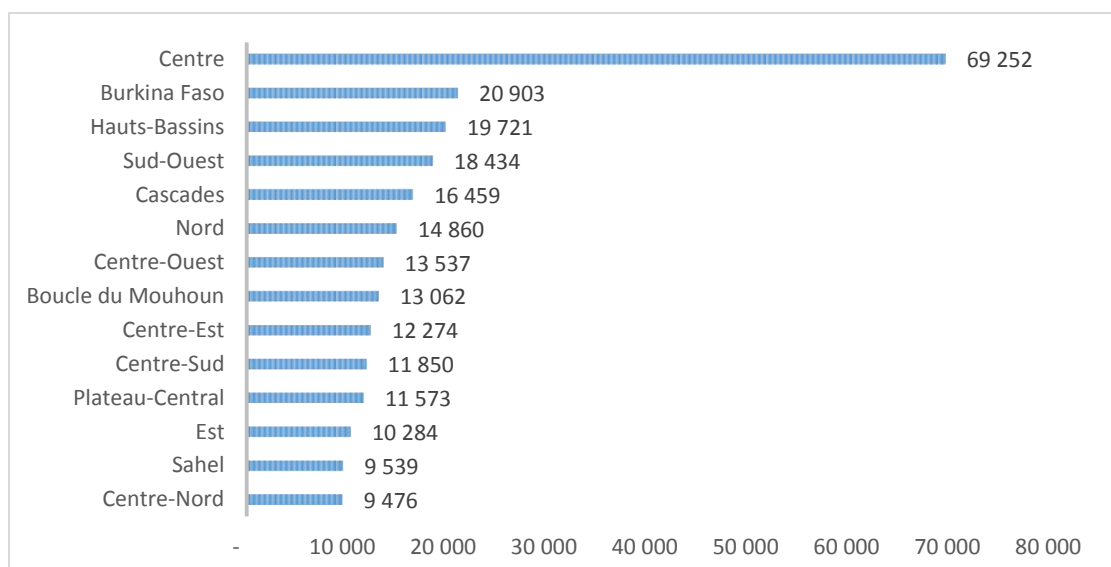


Figure 13 : dépenses courantes de santé par habitant en fonction de la région en 2013

V.2. Le taux de couverture du budget de l'Etat pour la santé

Depuis 2009, l'Etat a du mal à respecter ses engagements budgétaires vis-à-vis du ministère de la santé. Le taux de couverture est passé de 105,1% en 2009 à 66,5% en 2013 (figure 14).

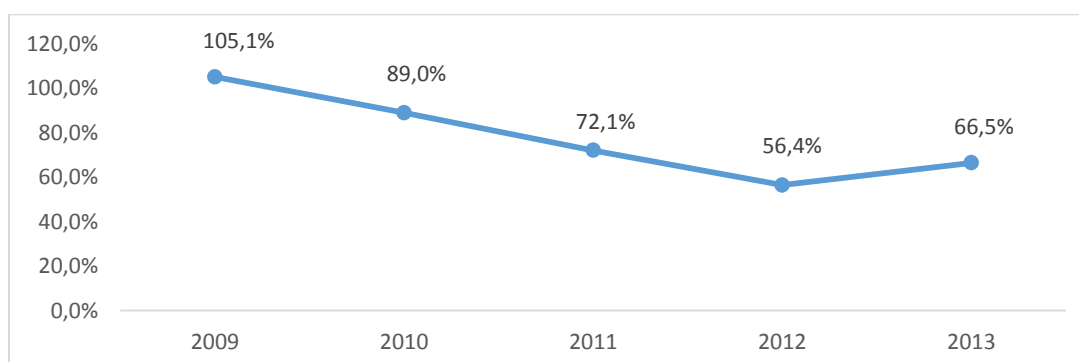


FIGURE 14 : ÉVOLUTION DES TAUX DE COUVERTURE DU BUDGET DE LA SANTÉ

V.3. Le paiement direct des soins

Dans les principes de la couverture sanitaire universelle, chaque personne doit avoir accès aux soins de santé de qualité sans que le coût de ces soins n'entraîne des difficultés financières. Cela implique donc que le paiement direct des soins par les ménages soit à leur portée. En outre ce paiement direct ne devrait pas être la principale source de financement d'un système de santé qui aspire vers la CSU. Mais en analysant les rapports des neuf derniers comptes nationaux de santé⁵, on s'aperçoit que la part de paiement direct des ménages sur les dépenses courantes de santé demeure élevée : **39,9%** en 2011, **38%** en 2012 et **36,8%** en 2013 (figure

⁵ Rapports des comptes nationaux de la santé, Burkina Faso de 2005 à 2013.

15). De plus, le paiement direct a toujours été la 1^{ère} source de financement sauf en 2010 où c'était la 2^e source de financement de la santé.

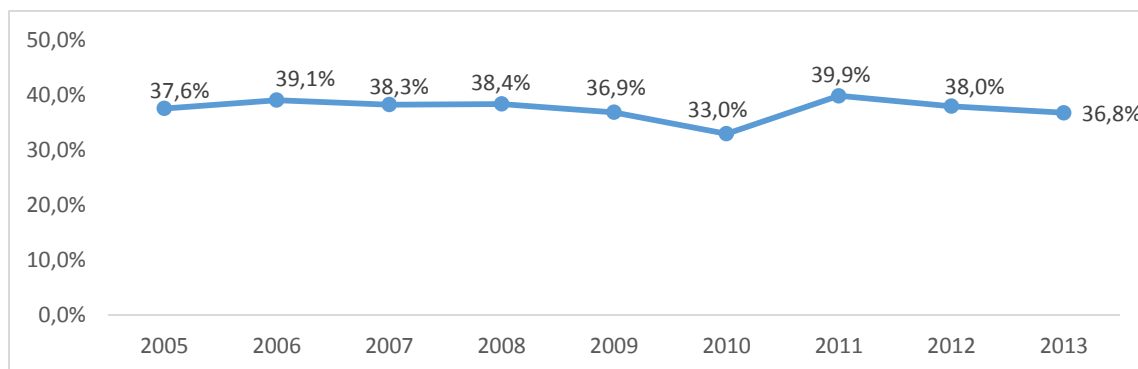
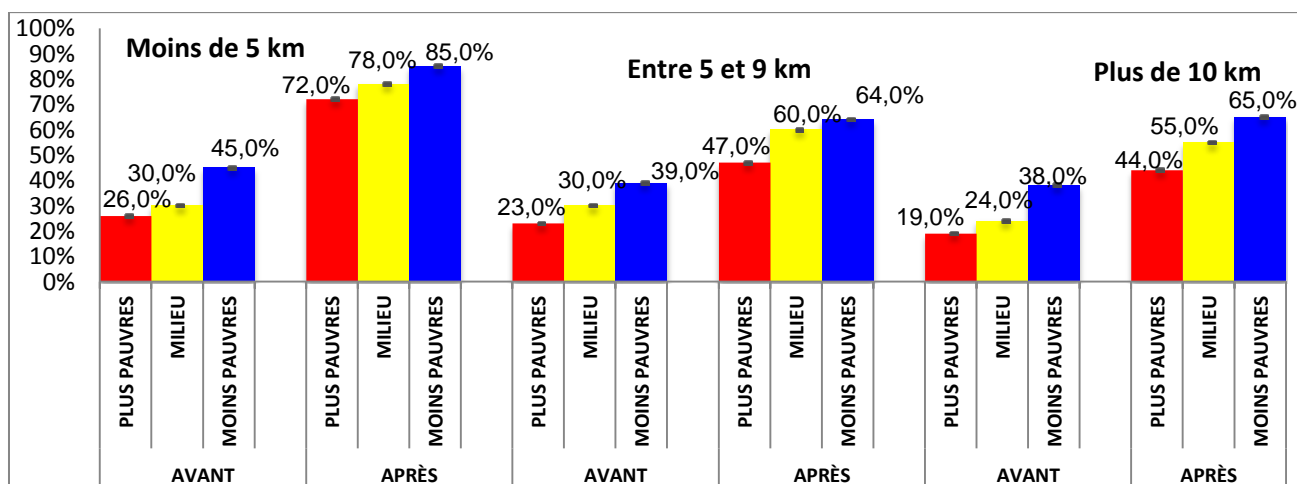


FIGURE 15 : ÉVOLUTION DE LA PART DU PAIEMENT DIRECT DES SOINS PAR LES MÉNAGES

V.4. Paiement direct des soins et équité

Le paiement direct limite l'accès surtout des plus pauvres aux soins et services de santé. L'exemption de paiement des soins curatifs chez les enfants de moins de cinq ans, expérimentée dans les districts sanitaires de Dori, Sebba a montré une augmentation importante de l'utilisation des services de santé quel que soit la distance et le revenu des ménages (16). En effet seulement **19%** des enfants malades vivant à plus de 10 km du centre de santé le plus proche et issus de familles les plus pauvres ont utilisé un service de santé avant la mise en place de l'exemption de paiement des soins curatifs. Après la mise en place de l'exemption, ce taux est passé à **44%**. La figure 16 indique que la suppression du paiement direct des soins est également favorable à l'équité d'accès selon le revenu car le niveau d'utilisation des services a tendance à doubler dans les familles les plus pauvres et vivant à plus de 10 km du centre de santé le plus proche



Source : extraite de la note 2011, l'exemption du paiement des soins pour les enfants expérimentée au Burkina Faso est favorable à l'équité.

FIGURE 16 : UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ SELON LA DISTANCE ET LE NIVEAU DE REVENU

V.5. Evolution des dépenses de santé de la mère et de l'enfant

L'Etat et ses partenaires consacrent une grande partie des ressources financières pour la santé des enfants de moins de cinq ans et des femmes principalement en âge de reproduction (PF, CPN, SONU...). Les comptes nationaux de santé 2011, 2012 et 2013 montrent globalement une augmentation des dépenses de santé au profit des deux groupes spécifiques. Chez l'enfant de moins de cinq ans (figure 17), elle est passée de **25 610 FCFA** en 2011 à **27 199 FCFA** par enfant en 2013. Chez la FAR elle est passée de **45 511 FCFA** à **55 614 FCFA** par FAR en 2013.

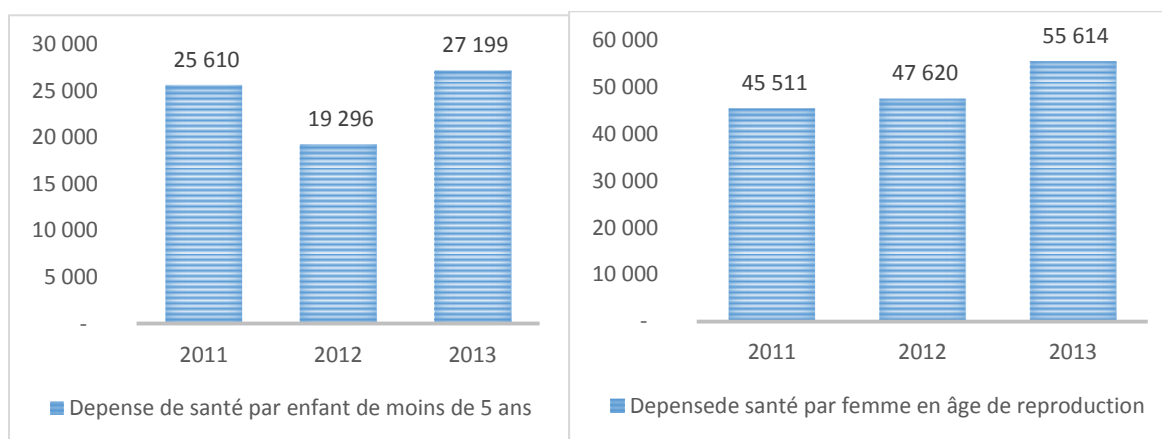


FIGURE 17 : ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ PAR ENFANT ET CHEZ LA FEMME

VI Indicateurs d'impact

La disponibilité et l'accès aux services de prévention et de traitement ont pour but de réduire les niveaux de morbidité et de mortalité.

VI.1. Indicateurs de morbidité

VI.1.1 L'évolution de l'incidence hospitalière des avortements clandestins

Les besoins non satisfaits en PF conduisent certaines femmes en âge de reproduction, principalement les plus jeunes filles à faire des avortements clandestins étant donné que la Loi condamne les pratiques d'avortement volontaire en dehors d'une indication médicale ou judiciaire. L'estimation de l'incidence annuelle est mal connue dans la population générale. En 2012, sur la base des données de routine (centres de santé) et de surveillance à base communautaire, on estimait à **105 000 cas** d'avortement clandestins au Burkina Faso dont **63,9%** des cas se sont déroulés en milieu rural (17,18).

Les données des annuaires 2010 à 2014 qui estiment les cas incidents hospitaliers d'avortements clandestins montrent une importante disparité régionale. Les centres de santé des régions du Centre Sud, des Hauts Bassins et du Centre ont les plus grands taux d'incidence, au-delà de la moyenne nationale qui est de **204 avortements clandestins pour 100 000 grossesses attendues**. Par ailleurs, malgré les multiples actions en faveur de la PF, l'évolution de l'incidence hospitalière des cas d'avortements clandestins n'a pas une allure à la baisse entre 2010 et 2014 (figure 18). Ce constat pose le problème de l'efficacité des mesures de PF en

matière de promotion (sensibilisations) d'offre et de demande. La faible prévalence contraceptive corrobore ces résultats.

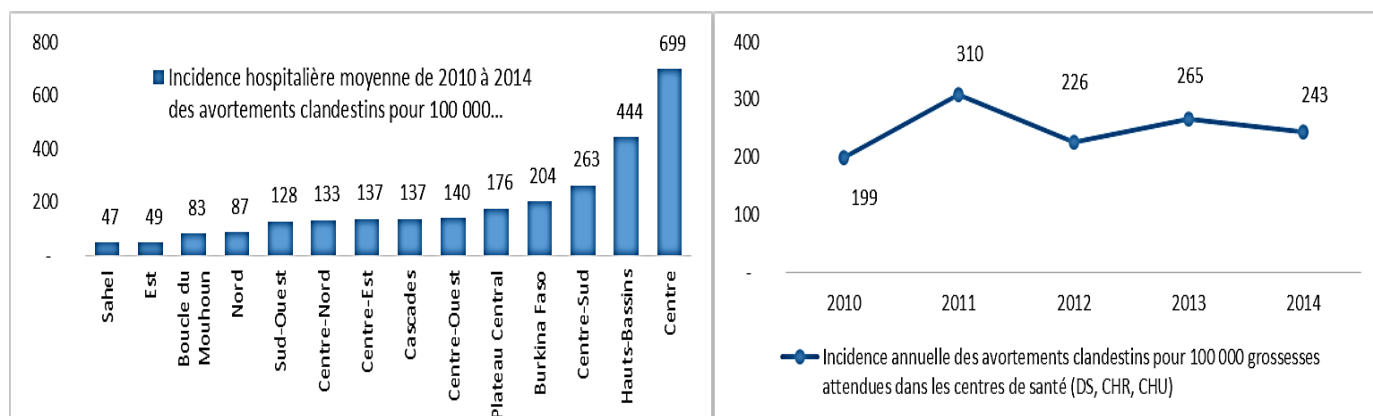


FIGURE 18 : INCIDENCES HOSPITALIÈRES DES AVORTEMENTS CLANDESTINS

VI.1.2 Evolution de l'incidence du PG et la MAS

L'incidence hospitalière des cas de paludisme grave (PG) n'a pas connu une baisse sensible ces cinq dernières années (2010 à 2014) dans les districts sanitaires. Comme la figure 19 le montre, on a l'impression que le nombre de cas a eu une tendance à l'augmentation (59‰ en 2010 à 64‰ en 2014 chez les moins de cinq ans). Chez les femmes enceintes, l'augmentation de l'incidence du PG est plus perceptible (21‰ à 30‰ pour la même période) que chez les enfants de moins de cinq ans. Il en est de même pour la MAS qui est passée de 13‰ en 2010 à 32‰ en 2013 avant de redescendre un peu en 2014 pour atteindre 28‰.

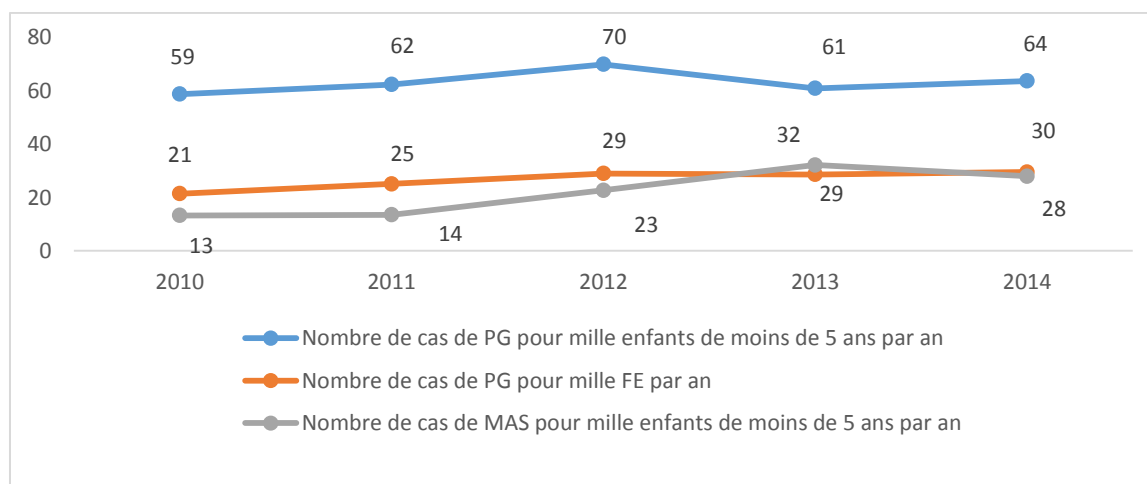


FIGURE 19 : INCIDENCES HOSPITALIÈRES DES CAS DE PG, DE MAS DE 2010 À 2014

Les régions qui enregistrent le plus de cas de PG chez la FE sont le Centre Est, le Sahel, le Centre. Leurs valeurs moyennes cumulées en cinq ans se trouvent au-dessus de la moyenne nationale (27‰). Chez les enfants de moins de 5 ans, il s'agit des régions du Centre, de l'Est, du Centre Est, du Sud-Ouest, de la Boucle du Mouhoun et des Cascades qui affichent des valeurs moyennes cumulées

supérieures à la moyenne nationale (**63‰**). Les cas de MAS se rencontrent plus dans les régions du Sahel suivie du Nord, du Centre Nord, de l'Est et du Centre Ouest. La figure 20 présente les niveaux d'incidences par région et en fonction du groupe cible.

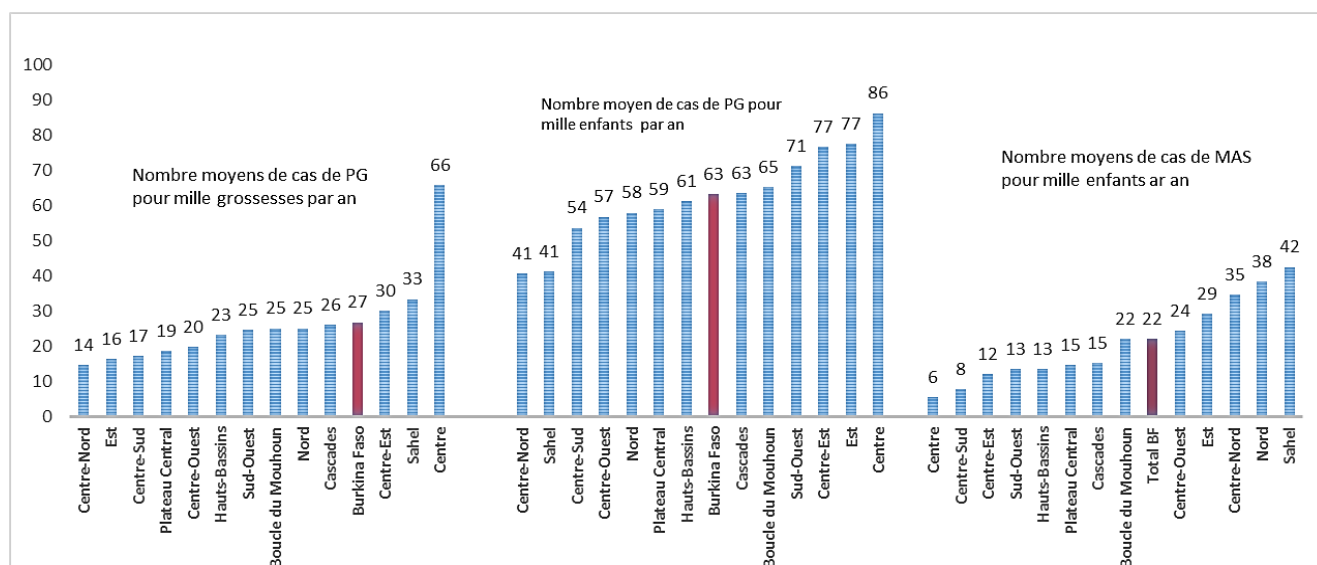


FIGURE 20 : INCIDENCES DES CAS DE PG ET DE MAS PAR REGION

VI.2. Indicateurs de mortalité

L'espérance de vie à la naissance est fonction de l'équilibre entre les naissances et les décès. Les taux (ou ratio) de mortalité couramment évalués ciblent la population générale, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Toutes les actions de santé publique visent principalement à réduire les taux de mortalité.

VI.2.1 Taux de mortalité des adultes

Globalement les quotients de mortalité des adultes ont connu une baisse passant de **166‰** en 1998 à **146‰** en 2010 chez les femmes. Chez les hommes elle était de **145‰** en 2010. Le tableau 3 montre ces quotients de mortalité en fonction du sexe

TABLEAU 3 : ÉVOLUTION DES TAUX DE MORTALITÉ CHEZ LES ADULTES

ADULTES	QUOTIENT DE MORTALITÉ ENTRE 15 ET 50 ANS (NOMBRE DE DÉCÈS POUR 1000 PERSONNES-ANNEE)		
	EDS 1998	EDS 2003	EDS 2010
FEMMES	166	158	146
HOMMES	196	200	145

Source : EDS 2010, BF p 209

Quant au ratio de mortalité maternelle, elle a connu également une baisse au cours de la même période, de **484 décès maternels** pour 100 000 NV en 1998 à **341 décès maternels** pour 100 000 NV en 2010.

V.1.1 Evolution de la mortalité maternelle intra hospitalière

La mise œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU) et la subvention du coût des accouchements et des SONU a dû avoir un effet sur la réduction des décès maternels, plus particulièrement dans les centres de santé. En effet la figure 21 montre une baisse globale de la mortalité maternelle (nombre de décès pour cent mille parturientes vues dans les formations sanitaires), passant de **144 à 121 entre 2010 et 2014** (données des annuaires statistiques). On remarque cependant une disparité importante selon la région en calculant la moyenne globale non pondérée. Les régions du Sahel, du Centre, des Hauts Bassins et du Sud-Ouest affichent les taux les plus élevés, c'est-à-dire au-dessus de la moyenne nationale qui est de **132 décès** maternels intra hospitaliers pour cent mille parturientes.

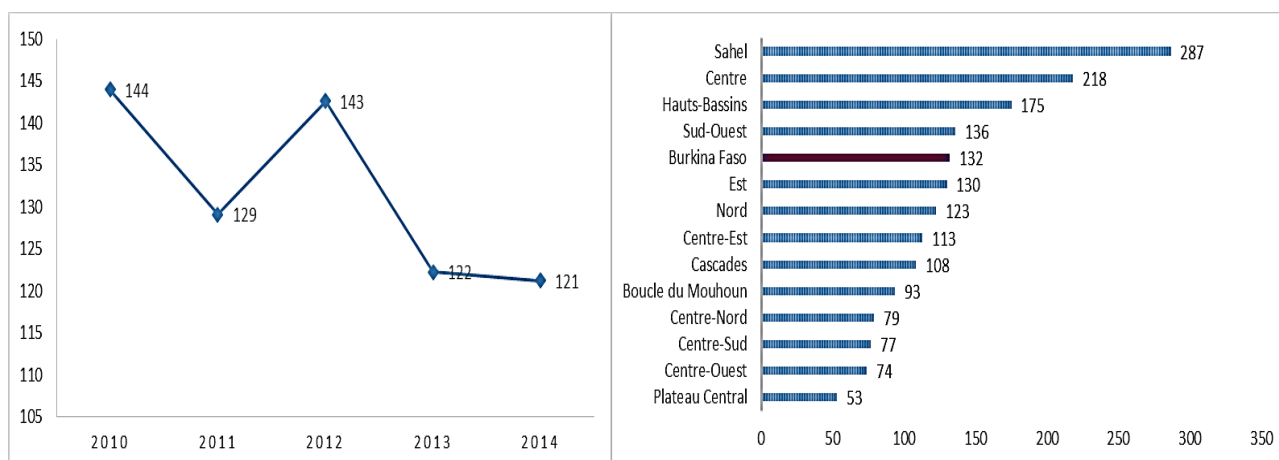


FIGURE 21 : DÉCÈS MATERNELS INTRAHOSPITALIERS

VI.2.2 Mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (mortalité infanto-juvénile)

En 2010, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans était de **129 pour 1000 NV**. Ce taux est plus élevé en milieu rural **156**, chez le plus pauvre **175** et chez les mères sans aucune instruction scolaire **156**. La figure 22 présente ces différences avec le milieu rural, le plus riche et les plus instruits (EDS, 2010 Burkina Faso).

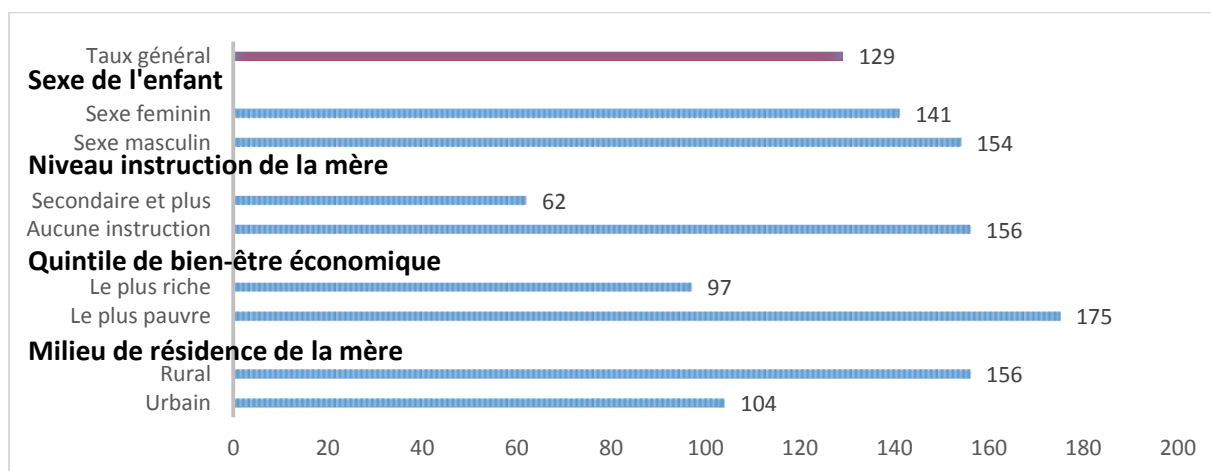


FIGURE 22 : TAUX DE MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE (EDS 2010, BF)

En tenant compte de l'âge de l'enfant dans la détermination de la mortalité, on s'aperçoit que les taux de mortalité néonatale, infantile et juvénile sont également plus élevés en milieu rural, chez le plus pauvre et chez les mères sans aucune instruction scolaire. Par contre chez le plus riche, le plus instruit les niveaux sont en dessous de la moyenne nationale. L'annexe 8 présente les détails.

V.1.1 Evolution des létalités du PG et de la MASc dans les CMA, CHR et CHU

La létalité du PG chez les enfants de moins de cinq ans demeure élevée dans les formations sanitaires malgré une tendance à la baisse entre 2010 et 2014 comme le montre la figure 19 ci-dessus (de **2,8%** en 2010 à **2%** en 2014). Chez les femmes enceintes les niveaux de létalité sont plus faibles et ont connu également une baisse au fil des années passant de **0,9%** en 2011 à **0,1%** en 2014.

Dans les CHR et CHU, l'évolution des niveaux de létalité est mitigée (figure 23). Une tendance à la hausse est constatée sur la courbe évolutive des létalités chez les enfants de moins de cinq ans (de **7,4%** en 2010 à **7,8%** en 2014).

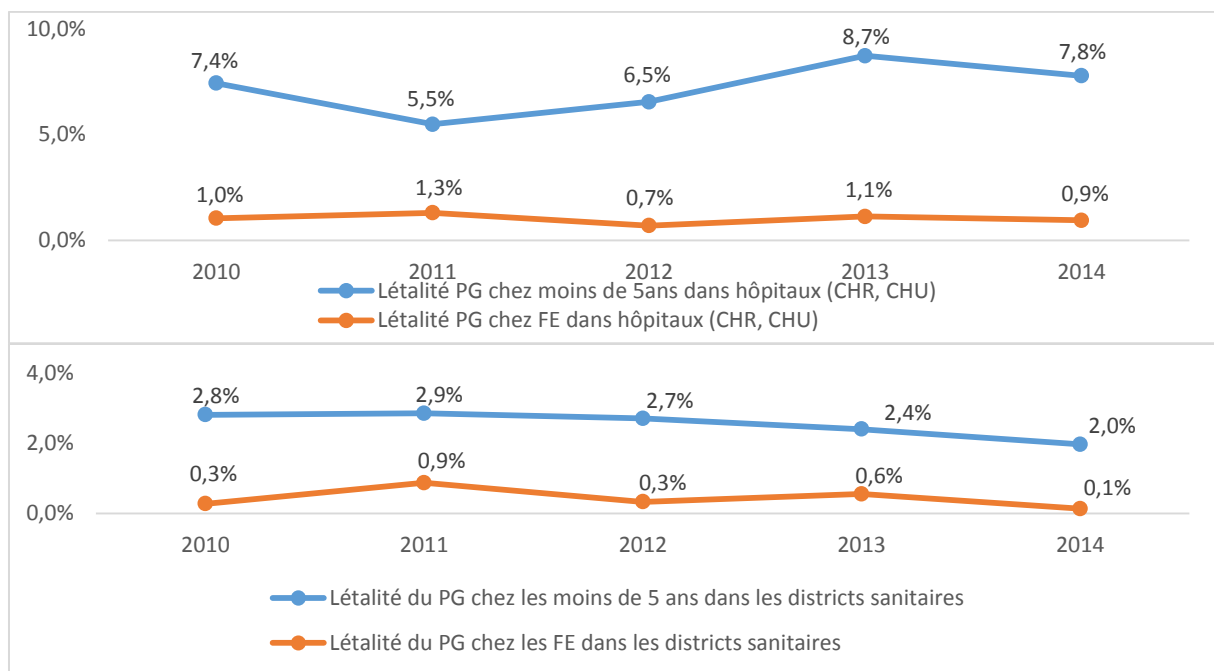


FIGURE 23 : ÉVOLUTION DE LA LÉTALITÉ DU PG DE 2010 À 2014

Les faibles niveaux de létalités cachent cependant des disparités énormes entre CMA et DS de la même région. En effet en prenant en compte séparément les données des CMA et celles des DS (CMA+CSPS), on s'aperçoit que les niveaux de létalité sont parfois 4 fois plus élevés que les niveaux agrégés des districts (exemple de la Boucle du Mouhoun). La moyenne globale non pondérée est de **3,8%** dans les CMA et de **2,0%** dans les DS en 2014. Cette différence importante traduit en partie l'insuffisance de la référence précoce des cas de PG entre le CSPS et le CMA. La figure 24 illustre une comparaison en 2014 entre le niveau atteint dans les régions (ensemble DS vs ensemble CMA).

Au niveau de la MASc, on constate que les niveaux de létalité sont plus élevés que ceux du PG dans les CHR et CHU. La létalité moyenne du PG dans ces formations sanitaires est de **7,2%** contre **10,5%** pour la MASc. Les données non disponibles dans les annuaires de 2010 à 2012 n'ont pas permis de faire une moyenne globale non pondérée pour les létalités des MASc dans les CMA.

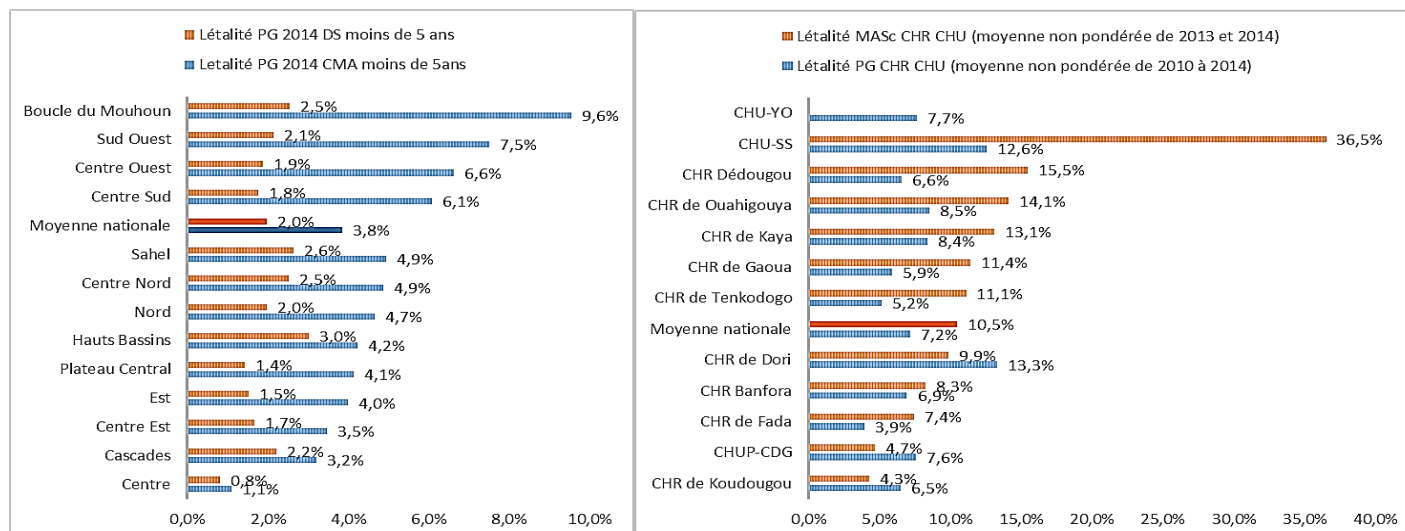


FIGURE 24 : LÉTALITÉS DU PG ET DE LA MAS EN FONCTION DE LA RÉGION ET DU TYPE DE CENTRE DE SANTÉ

VI.3. Dépenses catastrophiques de santé

De manière globale, les résultats des études indiquent que lorsque les paiements directs se situent en dessous de **15 à 20%** des dépenses totales de santé, on estime que l'incidence de ces dépenses directes de santé sur la catastrophe financière est négligeable (20–22). Au Burkina Faso, le paiement direct des soins par les ménages constitue la 1^{ère} source de financement de la santé. Il représentait **36,8%** de l'ensemble des dépenses courantes de santé en 2013^t. Cette forte part du paiement direct des soins par les ménages est défavorable pour la protection contre le risque financier.

Le paiement direct des soins de santé peut plonger des ménages dans la catastrophe financière ou même appauvrir certains d'entre eux. On parle de catastrophe financière si la part des dépenses de santé d'un ménage se situe au-delà de **40%** du revenu du ménage net des besoins de subsistance (15). Les ménages exposés à la catastrophe financière peuvent alors basculer dans l'appauvrissement si après les soins, ils se situent en dessous du seuil de pauvreté. D'autres ménages par contre qui sont déjà sous le seuil de pauvreté et qui effectuent des dépenses de santé s'appauvrissent d'avantage.

Sur la base de ces concepts, **1,43%** des ménages ont effectué des dépenses catastrophiques en 2009 (tableau 4). Le taux d'appauvrissement se situait à **1,72%** pendant la même année (23) soit près de **45 000 ménages**. En fonction du milieu de

^t Rapport provisoire des CNS 2013, Burkina Faso

résidence du ménage et du quintile de bien-être économique, le taux d'appauvrissement lié au paiement direct des soins varie considérablement comme le montre le tableau. Le taux d'appauvrissement atteint **7,67%** chez le pauvre (quintile 2) contre seulement **0,04%** chez le plus riche (quintile 5).

TABLEAU 4 : DÉPENSES CATASTROPHIQUES DE SANTÉ SELON LE QUINTILE DE BIEN-ÊTRE ÉCONOMIQUE

	PAUVRETÉ AVANT PAIEMENT DIRECT DE LA SANTÉ			PAUVRETÉ APRÈS PAIEMENT DIRECT DE LA SANTÉ			APPAUVRISSEMENT		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
QUINTILE 1	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%			
QUINTILE 2	50,64%	49,08%	49,36%	59,06%	56,58%	57,03%	8,42%	7,50%	7,67%
QUINTILE 3	0,00%	0,00%	0,00%	1,93%	0,53%	0,85%	1,93%	0,53%	0,85%
QUINTILE 4	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%	0,06%	0,00%	0,09%	0,06%
QUINTILE 5	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%	0,04%	0,00%	0,09%	0,04%
TOTAL	16,52%	35,43%	29,89%	17,86%	37,32%	31,62%	1,34%	1,88%	1,72%

Source : tableau 2 du rapport sur les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages et l'utilisation des services de santé : cas du Burkina Faso (23)

VII Index de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso

En référence à la méthode de A. Wagstaff et coll. (24,25), le calcul de l'index de la CSU au Burkina Faso a été réalisé en tenant compte des niveaux de protection financière (PF) et de couverture en services de santé (CSS).

La formule de calcul utilisée est la suivante : $\text{Index CSU} = \text{Index PF}^{0,5} \times \text{Index CSS}^{0,5}$

Index de la protection financière

Il donne le niveau de protection de la population contre le risque financier suite à des dépenses de santé. Il est obtenu à partir du taux d'appauvrissement (1,72%) et du % des ménages ayant effectué des dépenses de santé catastrophiques (1,43%) en tenant compte des niveaux minimums et maximums.

On obtient : **Index PF = 9,5%**

Index de couverture en services de santé

C'est la combinaison des niveaux de couverture de services de prévention et de traitement. Les douze indicateurs (figure 9) proposés par l'OMS ont été retenus pour le calcul de l'index CSS.

On obtient : **Index CSS = 20,2%** (l'annexe 10 fournit le détail du calcul)

L'index de CSU est donc égal à **13,9**. En se référant à la fonction de Cobb et Douglas, la figure 25 présente la position du niveau de l'index de CSU du Burkina Faso en tenant compte des différents niveaux d'index de la CSU.

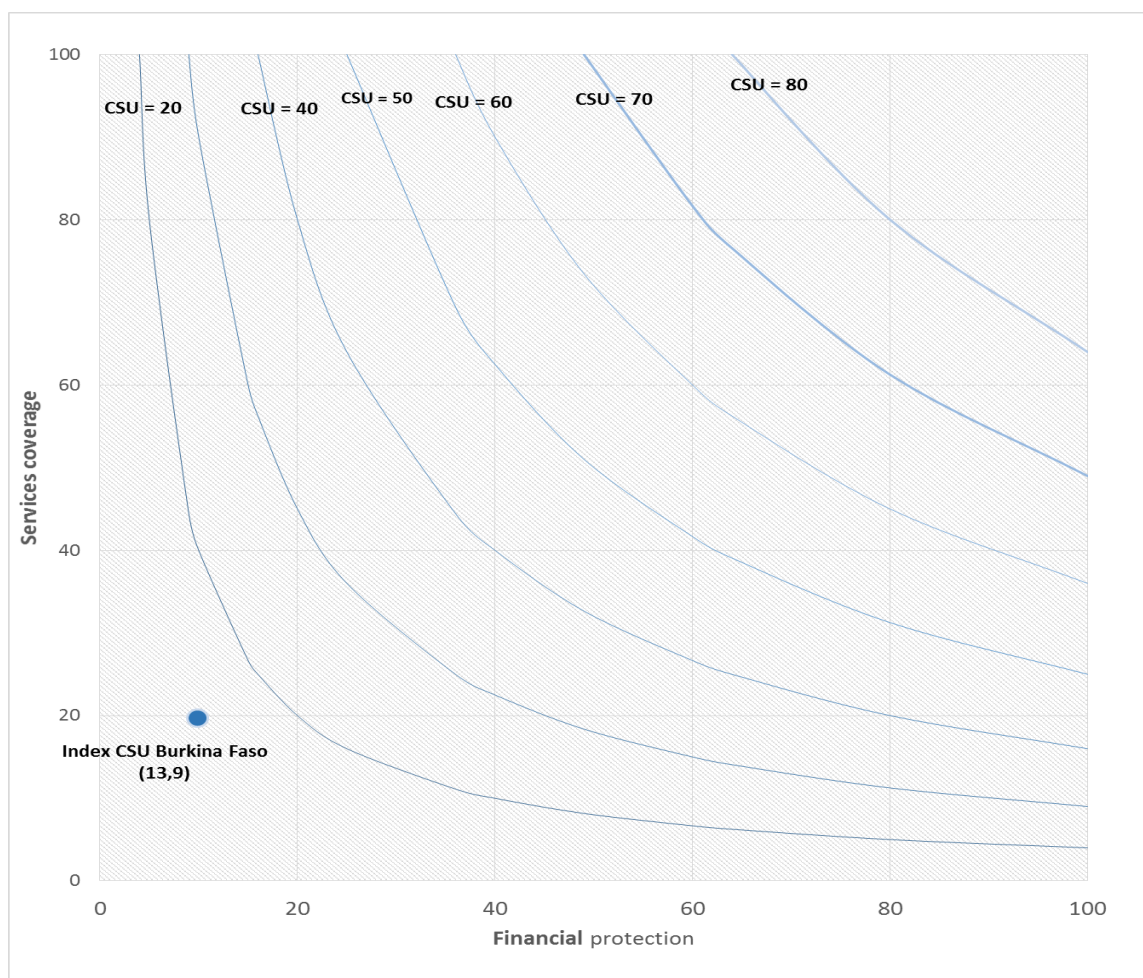


FIGURE 25 : REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DE L'INDEX CSU DU BURKINA FASO

VIII Synthèse des indicateurs de base

Le tableau 5 présente les valeurs de base des indicateurs de la CSU au Burkina Faso et leur source.

TABLEAU 5: VALEURS DE BASE DE LA CSU AU BURKINA FASO

N°	INDICATEURS	VALEUR DE BASE	SOURCES
Mécanismes de protection contre le risque maladie et financier			
1.	Couverture subvention SONU et accouchements	93%	FEM Health, Africsanté, 2013
2.	Couverture des enfants MAS en ATPE	42%	Rapport enquête SQUEAC 2014, MS
3.	Couverture en kits PG chez les enfants de moins de 5 ans	75,2%	Rapport de suivi PNLP 2014
4.	Couverture en kits PG chez les FE	57,5%	Rapport de suivi PNLP 2014
5.	Proportion de la population couverte par une mutuelle de santé	1,5%	Sondage réalisé en 2013
Disponibilité des ressources et des services de santé			
6.	Taux de disponibilité des médicaments essentiels dans les : • FS privée	13%	Rapport enquête SARA, 2014
7.	• FS publiques	60%	Rapport enquête SARA, 2014
8.	• FS milieu urbain	40%	Rapport enquête SARA, 2014
9.	• FS milieu rural	63%	Rapport enquête SARA, 2014
10.	Nombre de médecins, infirmiers, sages-femmes pour 10 000 habitants	4,9	Annuaire statistique ministère de la santé 2014
11.	Proportion de la population vivant à moins de 5km d'un centre de santé	56,7%	Annuaire statistique ministère de la santé 2014
12.	Taux de disponibilité des services essentiels dans les FS	69%	Annuaire statistique ministère de la santé 2014
Accessibilité aux services de prévention et de traitement			
13.	Taux moyen d'accès aux six services de prévention	58,3%	
14.	Besoins satisfaits en PF	16,2%	Rapport EDS, 2010, INSD
15.	Au moins 4 CPN	33,7%	Rapport EDS, 2010, INSD
16.	Assainissement adéquat	49,5%	EMC 2015, INSD
17.	Accès eau potable	76,3%	EMC 2015, INSD
18.	Vaccination contre la rougeole	81,8%	Rapport EDS, 2010, INSD

N°	INDICATEURS	VALEUR DE BASE	SOURCES
19.	Lutte contre le tabac (non consommateur de tabac fumé)	88,7%	Rapport enquête STEPS 2013, MS
20.	Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus	6,7%	Rapport enquête STEPS 2013, MS
21.	Taux moyen d'accès aux six services de traitement	50%	
22.	Traitement HTA	30,3%	Rapport enquête STEPS 2013, MS
23.	Détection des cas TB	31%	Annuaire 2014, MS
24.	Traitement du diabète	38,5%	Rapport enquête STEPS 2013, MS
25.	Taux d'accouchements assisté par du personnel qualifié	67,1%	Rapport EDS, 2010, INSD
26.	Thérapie ARV	68,9%	GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING (GARPR, 2015, CNLS)
27.	Réussite du traitement anti TB	75,5%	Annuaire 2014, MS
Ressources financières de la santé			
28.	Dépenses totales de santé par habitant (FCFA)	22 433	Rapport CNS, 2013 et population 2013
29.	Dépenses courantes de santé par habitant (FCFA)	20 903	Rapport CNS, 2013 et population 2013
30.	Pourcentage du budget du MS par rapport au budget de l'Etat	12,5%	Rapport CNS, 2013
31.	Pourcentage des DTS sur le PIB	6,5%	Annuaire 2014, INSD et Rapport CNS 2013, MS
32.	Taux de couverture du budget du MS	66,5%	Rapport CNS, 2013
33.	Part du paiement direct sur les dépenses courantes de santé	36,8%	Rapport CNS, 2013
Morbidité			
34.	Incidence hospitalière des avortements clandestins	243 pour 100 000 GA	Annuaire statistique 2014, MS
35.	Incidence hospitalière du PG chez les enfants de moins de cinq ans	64 pour 1000	Annuaire statistique 2014, MS
36.	Incidence hospitalière du PG chez les femmes enceintes	30 pour 1000	Annuaire statistique 2014, MS
37.	Incidence hospitalière de la malnutrition aiguë sévère	28 pour 1000	Annuaire statistique 2014, MS
Mortalité			
38.	Quotient de mortalité entre 15 et 50 ans chez la femme	146 décès pour 1000 personnes-années	Rapport EDS, 2010, INSD
39.	Quotient de mortalité entre 15 et 50 ans chez l'homme	145 décès pour 1000 personnes-années	Rapport EDS, 2010, INSD

N°	INDICATEURS	VALEUR DE BASE	SOURCES
40.	Ratio de mortalité maternelle	341 décès pour 100 000 naissances	Rapport EDS, 2010, INSD
41.	Mortalité maternelle hospitalière	121 décès pour 100 000 parturientes	Annuaire statistique 2014, MS
42.	Taux de mortalité infanto-juvénile	129 décès pour 1000 naissances vivantes	Rapport EDS, 2010, INSD
43.	Létalité du PG chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux	7,8%	Annuaire statistique 2014, MS
44.	Létalité du PG chez les FE dans les hôpitaux	0,9%	Annuaire statistique 2014, MS
45.	Létalité de la MASc chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux	10,5%	Annuaire statistique 2014, MS
Dépenses catastrophiques de santé			
46.	Proportion des ménages ayant effectué des dépenses catastrophiques de santé	1,43%	Doamba, JOE et coll, 2009
47.	Taux d'appauvrissement lié aux dépenses de santé	1,72%	Doamba, JOE et coll, 2009
Index couverture sanitaire universelle			
48.	Index couverture des services de santé	20,2%	
49.	Index protection financière	9,5%	Calcul des auteurs (2015)
50.	Index CSU	13,9%	

Conclusions

Malgré les efforts de lutte contre la maladie et de promotion de la santé, les niveaux des indicateurs de couverture, de disponibilité, et d'accès aux services et soins de santé sont faibles. Il en est de même pour les indicateurs de protections de risque financier. Pour certains indicateurs, les niveaux sont plus faibles et même alarmants dans certaines régions du pays, dans le milieu rural et chez le plus pauvre ; ce qui pose le problème d'équité d'offre et d'accès aux soins.

Le ministère de la santé est en cours d'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé. Le présent document qui présente les indicateurs de base pour une CSU pourra servir de repère pour le suivi des progrès. Ces indicateurs présentent aussi la situation et peuvent donc guider les décideurs dans le choix des priorités et des réformes nécessaires dans le sens de la CSU. Avec la mise en place du budget programme à partir de 2017, ces indicateurs devraient également orienter les responsables de programme dans le choix rationnel des résultats attendus au niveau de chaque programme. Le RAMU qui sera implanté après la phase test devra tenir compte également des mécanismes de protection existant dans le choix et l'inclusion progressive des prestations à couvrir.

Pour le suivi des progrès réalisés par le pays, il est nécessaire de mesurer ces indicateurs de façon régulière, tous les 3 ou 5 ans. Les acteurs du système de santé doivent prendre en compte autant que ce peut la ventilation des données de rapportage en fonction du milieu (urbain vs rural), de la région et si possible du quintile de bien-être économique.

Bibliographie

1. Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale (Burkina Faso). Politique nationale de protection sociale 2013 - 2022. Septembre 2012.
2. Burkina Faso. Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD), 2011 - 2015. Adoptée le 29/12/2010 en conseil de ministres. P116.
3. Ministère de la fonction publique du travail et de la sécurité sociale (MFPTSS). Plan d'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso (PO-RAMU) 2015-2017. Pages 55. 2014.
4. Salmi LR. Lecture critique et rédaction médicale scientifique. Comment lire, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique ? Paris : Elsevier, 1998.
5. Boerma T, AbouZahr C, Evans D, Evans T. Monitoring Intervention Coverage in the Context of Universal Health Coverage. PLoS Med. 22 sept 2014;11(9):e1001728.
6. Société Africaine d'Etudes et Conseils (SAEC). Evaluation de la strategie nationale de subvention des accouchements et des soins obstetricaux et neonatals d'urgence. Rapport final, Mars 2014.
7. Ganaba R, Yaogo M, Ilboudo PG, Diallo C, Witter S, Witter S, et al. Coût et impact de la politique de subvention des accouchements et des SONU au Burkina Faso. Rapport scientifique, AFRICSanté, Bobo-Dioulasso [Internet]. FEM Health, AfricSanté; 2014 [cité 18 nov 2015]. Disponible sur: http://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/Rapport_FEMHealth_Burkina_280314_Final.pdf
8. Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). Annuaire statistique n°20, 2012. Burkina Faso [Internet]. [cité 17 nov 2015]. Disponible sur: http://www.cnssbf.org/IMG/pdf/annuaire_2012_cnss_siteweb.pdf
9. Services de santé et services sociaux plus performants, Comment les coopératives et les mutuelles font-elles pour stimuler l'innovation et améliorer l'accès ? Un sondage international sur les coopératives et mutuelles oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux (CMHSC14) Volume 2 : Cas nationaux [Internet]. Better Health & Social Care. Vol. 2: National Cases; 2014 [cité 9 déc 2015]. Disponible sur: <http://productionslps.com/en/blog/2014/10/29/sommet-international-des-cooperatives-2014/>
10. Ministère de la santé, Burkina Faso. Enquete nationale sur les prestations des services de sante et la qualite des donnees sanitaires (EN-PSQD). Juin 2013. p. 168.
11. Ministère de la santé, Burkina Faso. Enquete nationale sur les prestations des services de sante et la qualite des donnees sanitaires (EN-PSQD/SARA II). Edition 2014. p. 197.
12. Organisation mondiale de la santé (OMS), Groupe de la banque mondiale. La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial. Cadre, mesures et

- objectifs. [Internet]. 2014 mai p. 14. Disponible sur:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112823/1/WHO_HIS_HIA_14.1_fre.pdf
13. Ministère des infrastructures, du désenclavement et des transports BF. Annuaire statistique 2013. Mai 2015.
 14. Kafando Y. Transport urbain et santé des populations : le cas de Ouagadougou (Burkina Faso) [Internet] [DEA environnement et santé]. Université d'Abomey Calavi (UAC), Institut de Recherche pour le Développement (IRD); 2006 [cité 20 nov 2015]. Disponible sur:
http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-07/010039431.pdf
 15. Ministère de la santé, Burkina Faso. Rapport de l'enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risque commun aux maladies non transmissibles au Burkina Faso (enquête STEPS). 2014.
 16. Ridde V, Heinmüller R, Haddad S. L'exemption du paiement des soins pour les enfants expérimentée au Burkina Faso est favorable à l'équité. Note d'information, 2011. UdeM/CRCHUM/HELP/ECHO.
 17. Sedgh G et al. Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies. *Studies in Family Planning*. 2011;42(3):147- 54.
 18. Bankole A, et al. Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences, New York: Guttmacher Institute, 2013.
 19. Xu K et al. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. Geneva, World Health Organization, 2010 (World Health Report [2010] Background Paper, No 19).
 20. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting Households From Catastrophic Health Spending. *Health Aff (Millwood)*. 1 juill 2007;26(4):972- 83.
 21. Organization WH. Rapport sur la santé dans le monde Le financement de systèmes de la santé ; le chemin vers la couverture universelle. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cité 24 oct 2015]. Disponible sur:
<http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=648160>
 22. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. La recherche pour la couverture sanitaire universelle. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2013. 159 p.
 23. Doamba JEO, Ouedraogo A, Priyanka S. Dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages et l'utilisation des services de santé : Cas du Burkina Faso. *AFRICAN HEALTH MONITOR JULY 2013. ISSUE 17 • SPECIAL ISSUE • HEALTH FINANCING IN THE AFRICAN REGION*. :5.
 24. Wagstaff A, Cotlear D, Hoang-Vu Eozenoub, P, Buisman LR. Measuring Progress Towards Universal Health Coverage: With An Application to 24 Developing Countries [Internet]. World bank group. Development Research Group Human Development and Public Services Team & Health Nutrition and Population Global Practice Group; 2015 [cité 10

janv 2016]. Disponible sur: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2015/12/10/090224b083c45bec/3_0/Rendered/PDF/Measuring0prog0veloping0countries00.pdf

25. Wagstaff A. The Big Push toward Universal Health Coverage : metrics, data, and impact [Internet]. Powerpoint (PREZI) présenté à; 2015 nov 4 [cité 10 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.worldbank.org/en/news/video/2015/11/04/the-big-push-toward-universal-health-coverage>
26. Ministère de la santé. Enquête sur la qualité des données de routine du SNIS. Janvier 2015.

Annexes

Annexe 1: liste des principaux documents exploités

N°	Intitulé du document	Domaine	Observations
1	Enquête démographique et de santé, Burkina Faso, 2010 (EDS)	Santé des populations	Données nationales désagrégées : régions, sexe, âge, milieu, revenu ménages
2	Comptes nationaux de santé, 2011, 2012, 2013, Ministère de la santé Burkina Faso	Utilisation des ressources financières	Données nationales : âge, sexe
3	Dépenses catastrophiques de santé au Burkina Faso, 2013, Doamba JOE et coll.	Dépenses de santé des ménages	Données nationales : revenu des ménages, milieu, âge, sexe, région
4	Rapport enquête SARA, 2012 et 2014. Burkina Faso	Qualité des soins	Données nationales : milieu, âge, sexe, région
5	Enquête multisectorielle continue, 2015. INSD, Burkina Faso	Assainissement, eau potable, santé des populations	Données nationales : milieu, régions, sexe,
6	Rapports enquête SQUEAC, 2014. Burkina Faso	Malnutrition	Données d'envergure régionale (Est, Sahel, Nord, Centre Nord, Centre Ouest, Plateau Central)
7	Rapport évaluation subvention accouchement et SONU, 2014. Burkina Faso	Accouchements, SONU	Données nationales
8	Article sur l'évaluation du coût et impact de la subvention SONU	Accouchements et SONU	Données régionales : milieu, quintile de richesse
9	Rapport enquête STEPS, 2013. Burkina Faso	Maladies non transmissibles (HTA, Diabète, cancer...)	Données nationales : milieu, âge, sexe, région
10	Rapport enquête CAP sur la santé de la reproduction,		Données nationales :
11	Rapport d'activités sur la riposte au SIDA, 2015 (GARPR)	VIH/SIDA	Données nationales : milieu, âge, sexe, région
12	Annuaire statistiques (2005 à 2014) du ministère de la santé	Santé des populations	Données nationales : âge, sexe, région

Annexe 2 : niveaux de couverture des mécanismes de protection du risque maladie

N°	Mécanisme de protection du risque maladie	Nationale	Urbain	Rural	Plus riche	Plus pauvre	Source
Services de prévention et promotion							
1	TDM contre schistosomiase	100,0%					Annuaire 2014
2	Chimioprophylaxie contre le paludisme	100,0%					Bilan du 3e passage CPS, PNLP Octobre 2015
3	Enfant complètement vacciné	98,7%					Annuaire 2014, MS
4	TDM contre trachome	94,3%					Annuaire 2014, MS
5	TDM contre onchocercose	86,1%					Annuaire 2014, MS
6	Couverture MILDA	80,5%	80,9%	80,4%			EMC 2015
7	TDM contre filariose	70,4%					Annuaire 2014, MS
8	Couverture CPN 4	33,1%					Annuaire 2014, MS
Services de traitement							
1	Subvention SONU	93,0%			96,0%	88,0%	FEMHealth, Afrisanté 2013
2	Satisfaction des demandes en sang	78,7%					Annuaire 2014, MS
3	Couverture kits PG chez les enfants de moins de 5 ans	75,2%					Annuaire 2014, MS et données du PNLP
4	Couverture ARV pour les PvVIH	68,9%					Rapport GARPR 2015 du Burkina Faso
5	Couverture kits PG chez les femmes enceintes	57,5%					Annuaire 2014, MS et données du PNLP
6	Couverture ATPE chez les MAS	42,4%					Rapport enquête SQUEAC régions : Est, Sahel, Nord, Centre Nord, Centre Ouest, Centre Est, Plateau Central
7	Taux de détection de la tuberculose	31,0%					Annuaire 2014, MS

Annexe 3 : taux d'absorption de la subvention SONU de 2006 à 2012

Régions	Allocations de 2006 à 2012	Dépenses de 2006 à 2013	Solde tiré du logiciel au 30/12/2013	Taux d'absorption
Boucle du Mouhoun Cascades	1 843 231 350	781 057 498	1 062 173 852	42%
Centre-Est	524 783 953	380 120 750	144 663 203	72%
Est	1 385 592 797	614 095 176	771 497 621	44%
Sud-Ouest	1 380 429 011	756 260 444	624 168 567	55%
Centre	541 471 057	192 281 854	349 189 203	36%
Centre-Ouest	2 554 822 586	1 262 896 852	1 291 925 734	49%
Centre-Sud	1 188 304 285	603 667 685	584 636 600	51%
Hauts-Bassins	692 326 021	247 925 499	444 400 522	36%
Centre-Nord	1 681 703 370	1 076 809 933	604 893 437	64%
Nord	1 232 810 246	602 334 856	630 475 390	49%
Plateau Central	1 351 563 725	574 062 071	777 501 654	42%
Sahel	782 140 607	420 100 052	362 040 555	54%
Sahel	876 913 667	264 096 713	612 816 954	30%

Total	16 036 092 675	7 775 709 383	8 260 383 292	48%
-------	----------------	---------------	---------------	-----

Annexe 4 : Situation des mutuelles de santé existantes dans les communes rurales du Centre

N°	Districts	Communes rurales	Mutuelles de santé	Franchise de base	Ticket modérateur	Paquet de services	Mise en commun des fonds	Taux d'adhésion	Bénéficiaires
1	Bogodogo	Saaba	Mutuelle laafia bumbude Saaba	2400f/tête	20% payé par le patient	Soins générale curatives ; maternité ; mise en observation ; MEG ; évacuation ; PEC communautaire des PVVIH	Recouvrement faites dans le courant du dernier trimestre de l'année en cours et déposé à la caisse populaire de Saaba	4%	les bénéficiaires sont les cotisants eux même ainsi que ceux pour qui ils ont cotisé (personnes à charges)
		Koubri	Mutuelle laafia Songr-Waya de koubri	2400f/tête	20% payé par le patient	Soins générale curatives ; maternité ; mise en observation ; MEG ; évacuation	Recouvrement faites dans le courant du dernier trimestre de l'année en cours et déposé à la caisse populaire de koubri	2%	les bénéficiaires sont les cotisants eux même ainsi que ceux pour qui ils ont cotisé (personnes à charges)
2	Boulmiougou	Komsilga	Mutuelle song-taab de Komsilga	2400f/tête	20% payé par le patient	Soins générale curatives ; maternité ; mise en observation ; MEG ; évacuation ; PEC communautaire des PVVIH	Recouvrement faites dans le courant du dernier trimestre de l'année en cours et déposé à la caisse de Komsilga	6%	les bénéficiaires sont les cotisants eux même ainsi que ceux pour qui ils ont cotisé (personnes à charges)
		Komki-pala	Mutuelle Song Taab laafia de Komki-pala	1800f/tête	20% payé par le patient	Soins générale curatives ; maternité ; mise en observation ; MEG ; évacuation ; PEC communautaire des	Recouvrement faites dans le courant du dernier trimestre de l'année en cours et déposé à la caisse de tanghin	2,3%	les bénéficiaires sont les cotisants eux même ainsi que ceux pour qui ils ont cotisé (personnes à charges)

N°	Districts	Communes rurales	Mutuelles de santé	Franchise de base	Ticket modérateur	Paquet de services	Mise en commun des fonds	Taux d'adhésion	Bénéficiaires
						PVVIH	dassouri		
		Tanghin Dassouri	Mutuelle laafia bambu de tanghin dassouri	2000f/tête	20% payé par le	patient Soins générale curatives ; maternité ; mise en observation ; MEG ; évacuation ; PEC communautaire des PVVIH	Recouvrement faites dans le courant du dernier trimestre de l'année en cours et déposé à la caisse de tanghin dassouri	5%	les bénéficiaires sont les cotisants eux même ainsi que ceux pour qui ils ont cotisé (personnes à charges)
3	Sig-Noghin	Pabré	Mutuelle Way-Tid Bao Laafia de Pabré	1200f/tête	30%	Soins générale curatives ; mise en observation ; MEG ; évacuation	Recouvrement faites dans le courant du dernier trimestre de l'année en cours et déposé à la caisse populaire de sig-noghin	2%	les bénéficiaires sont les cotisants eux même ainsi que ceux pour qui ils ont cotisé (personnes à charges)

Mutuelle de santé : inscrire les noms ou le nom de la mutuelle

Franchise de base : inscrire le montant de cotisation annuelle, préciser si par tête ou par ménage

Ticket modérateur : oui ou non ; si oui précisez le montant ou la proportion

Paquet de services (ou soins) : indiquer les pathologies couvertes

Mise en commun des fonds : indiquer comment l'argent est recouvré, où est stocké l'argent (ex banque privée ou caisse populaire...)

Taux d'adhésion : % des adhérents par rapport à la population totale

Bénéficiaires : indiquer qui bénéficie parmi les cotisants en cas de maladie (enfants ?, femmes ?, tout le monde ?)

ADRESSE

UNION DES MUTUELLES DE SANTE DU CENTRE (UMUSAC)

11 BP 1860 Ouagadougou CMS 11

Tel : 50-50-92-83/ 74-86-34-68/70-59-25-08

Email : umusac_centre@yahoo.fr

Annexe 5 : liste des médicaments essentiels de la santé de la mère et de l'enfant

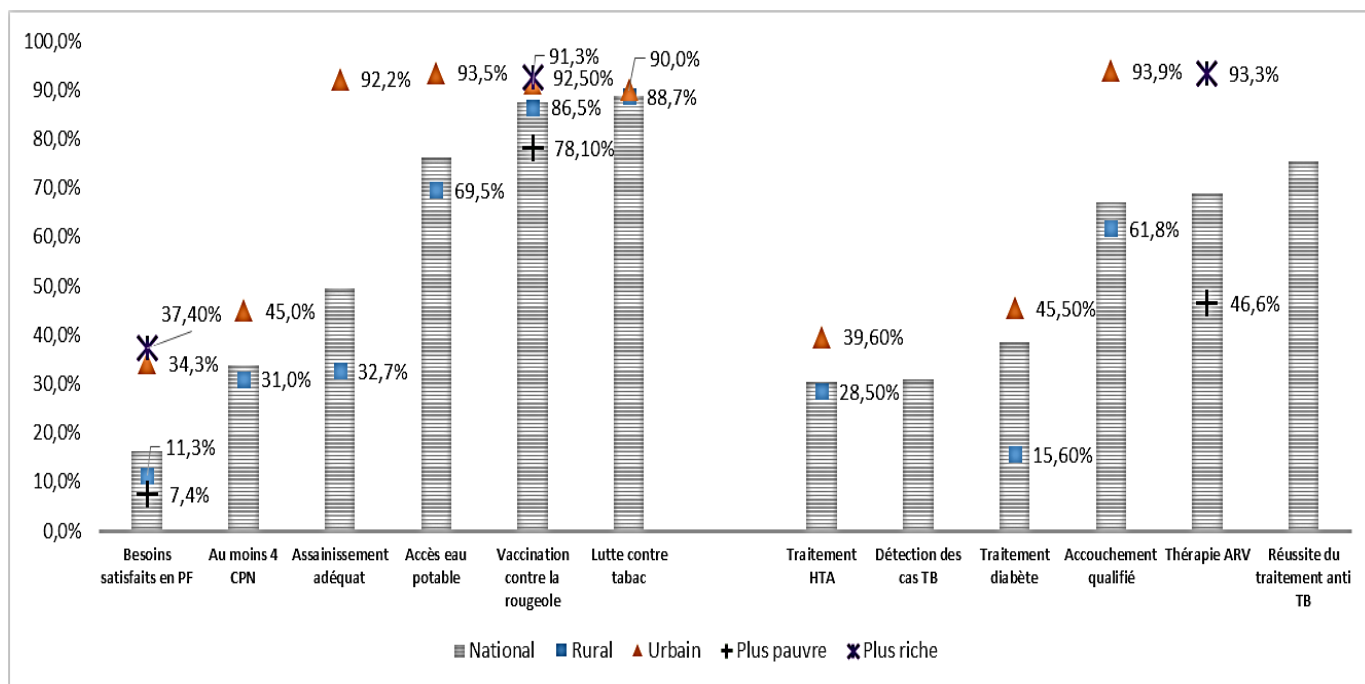
Planification familiale	Préservatifs féminins	81%
-------------------------	-----------------------	-----

	Implants	80%
	Contraception d'urgence	37%
Santé maternelle	Ocytocine	85%
	Misoprostol	1%
	Sulfate de magnésium	24%
	Antibiotiques injectables	76%
Santé du nouveau-né	Corticostéroïdes prénatals	15%
	Désinfectant pour la peau	99%
	Matériel de réanimation	3%
	Amoxicilline	81%
Santé de l'enfant	Sels de réhydratation orale	81%
	Sulfate de zinc	71%

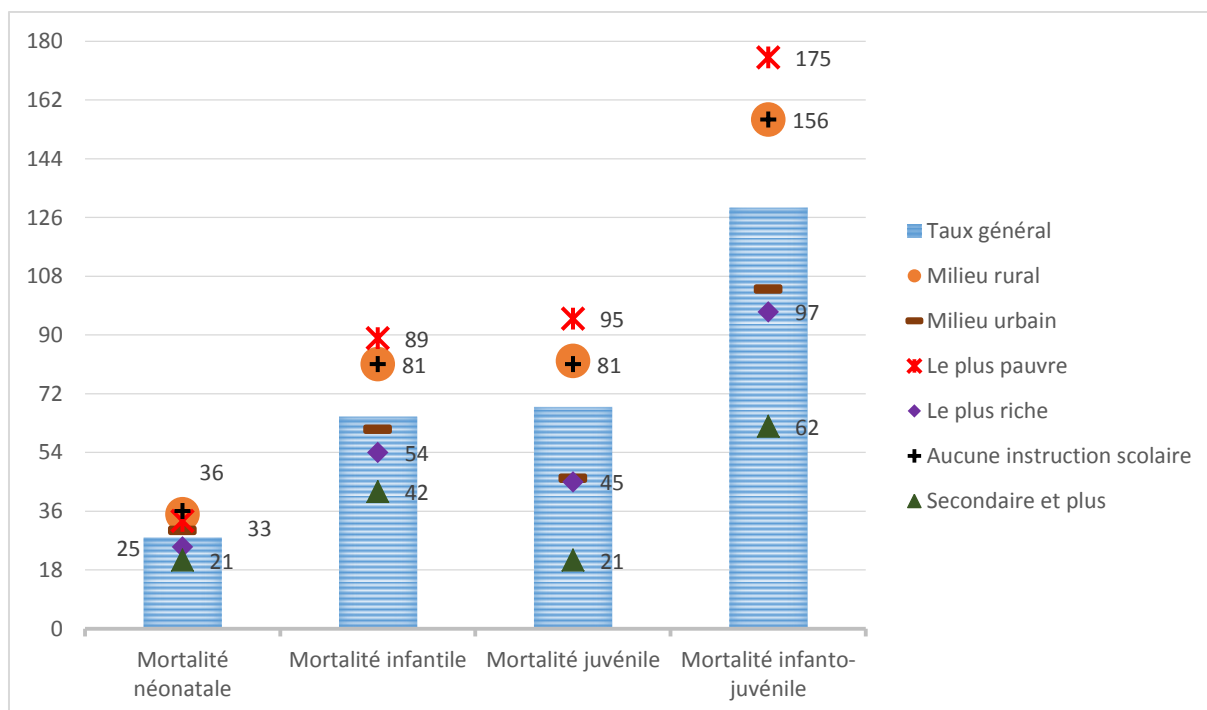
Annexe 6 : sources des indicateurs de prévention et de traitement

N°	INDICATEURS	RURAL	URBAIN	NATIONAL	PLUS PAUVRE	PLUS RICHE	SOURCE
Soins et services de prévention							
1	Besoins satisfaits en PF	11,3%	34,3%	16,2%	7,4%	37,40%	Rapport EDS, 2010, INSD
2	Au moins 4 CPN	31,0%	45,0%	33,7%			Rapport EDS, 2010, INSD
3	Assainissement adéquat	32,7%	92,2%	49,5%			EMC 2015, INSD
4	Accès eau potable	69,5%	93,5%	76,3%			EMC 2015, INSD
5	Vaccination contre la rougeole	86,5%	91,3%	87,3%	78,10%	92,50%	Rapport EDS, 2010, INSD
6	Lutte contre tabac	88,7%	90,0%	88,7%			Rapport enquête STEPS 2013, MS
Soins et services de traitement							
7	Traitement HTA	28,50%	39,60%	30,3%			Rapport enquête STEPS 2013, MS
8	Détection des cas TB			31%			Annuaire 2014, MS
9	Traitement diabète	15,60%	45,50%	38,5%			Rapport enquête STEPS 2013, MS
10	Accouchement qualifié	61,8%	93,9%	67,1%			Rapport EDS, 2010, INSD
11	Thérapie ARV			68,9%	46,6%	93,3%	GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING (GARPR, 2015, CNLS)
12	Réussite du traitement anti TB			75,5%			Annuaire 2014, MS

Annexe 7 : couvertures agrégées des services de prévention et traitement selon le milieu et le quintile de richesse



Annexe 8 : taux de mortalité selon l'âge de l'enfant et en fonction du milieu et du niveau d'instruction de la mère



Annexe 9 : difficultés rencontrées pour la mesure des indicateurs

L'incomplétude des données de certains rapports

Aucun rapport d'étude exploité sur la couverture du risque financier et des services de santé n'a présenté des données ou indicateurs désagrégés en fonction du milieu, du sexe, de la région et du quintile de bien-être économique. Cette insuffisance est d'autant plus marquée dans les rapports d'activités de routine que les rapports des enquêtes ménages.

L'ancienneté des données

Les données de la dernière EDS date de 2010, celles de l'EICVM de 2009 pour le calcul des dépenses catastrophiques. Les indicateurs utilisés dans ces documents ne traduisent donc pas la réalité de l'année 2015.

La fiabilité des données de routine

Des questions se posent sur la validité de certaines données. En exemple, le taux de discordance totale des données de routine sur le nombre de cas de paludisme grave variait de **31,3%** dans la région du Sud-Ouest à **1,4%** au Centre pour une moyenne nationale de **7,8%** (26).

La représentativité des données d'enquête régionale

Les couvertures régionales ne sont pas représentatives du niveau national quand toutes les régions ne sont pas concernées. C'est le cas par exemple des enquêtes SQUEAC sur la malnutrition.

La difficulté d'accès aux documents non publiés.

Annexe 10 : détails de calcul de l'index de CSU

Protection financière

Méthode de mesure	Watsgaff et coll, 2015 http://www.worldbank.org/en/news/video/2015/11/04/the-big-push-toward-universal-health-coverage						
1. FP Impov :	FP = Financial protection						
Numérateur = $((1 - Impov) - (1 - Impov_{max}))$		Impov = Taux d'appauvrissement					
Dénominateur = $((1 - Impov_{min}) - (1 - Impov_{max}))$							
2. FP Cata :							
Numérateur = $((1 - Cata) - (1 - Cata_{max}))$		Cata = % ménages ayant effectué des dépenses de santé catastrophique					
Dénominateur = $((1 - Cata_{min}) - (1 - Cata_{max}))$							
Cas du BF Source des données : Doamba JEO, Ouédraogo A, Priyanka S. Dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages et l'utilisation des services de santé : Cas du Burkina Faso.							
https://www.who.afro.who.int/sites/default/files/ahm/issues/601/ahm17.pdf							
NB :	min = Correspond au niveau du Q5 (le plus riche)						
	max = Correspond au niveau du Q1 (le plus pauvre)						
Impov = 1,72%, Impovmin = 0,04%, Impov max = 100%							
Cata = 1,43 % , Catamin = 1,04%, Catamax = 1,77%							
Impov	1,72%	FP Impov	98,3%		Moyenne géométrique		
Impovmin	0,04%			FP not Impo	1,7%	13%	
Impovmax	100,00%						
Cata	1,43%	FP Cata =	46,6%				
Catamin	1,04%			FP not Cata :	53,4%	73%	
Catamax	1,77%						
				Index FP		9,5%	

Couverture services de santé : SC (services coverage); Scp (services coverage for prevention), Sct (services coverage for treatment)

Dimension	Weight ($\pi = 0,25$)	Domaine	Weight ($\alpha...$)	SCp	SCp pondéré	Produit des SCp	Produit des S
SCp	0,25	Besoins satisfaits en PF	0,13	16,2%	0,796506596	0,014960688	0,34973403
		Au moins 4 CPN	0,13	33,7%	0,872878382		
		Assainissement adéquat	0,25	49,5%	0,838786245		
		Accès eau potable	0,25	76,3%	0,934611153		
		Vaccination contre la rougeole	0,13	81,8%	0,975201056		
		Lutte contre le tabac	0,13	88,7%	0,985122986		
Dimension	Weight ($1-\pi = 0,75$)	Domaine	Weight ($\beta...$)	SCT	SCT pondérés	Produit des SCT	Produit des S
SCT	0,75	Traitement HTA	0,17	30,3%	0,819546824	0,48253145	0,57895421
		Détection des cas TB	0,17	31,0%	0,822672441		
		Traitement diabète	0,17	38,5%	0,852923581		
		Accouchement qualifié	0,17	67,1%	0,935665077		
		Thérapie ARV	0,17	68,9%	0,939802372		
		Réussite du traitement anti TB	0,17	75,5%	0,954240457		
Index SC = 20,2%							