

Ministère de la santé



Burkina Faso
Unité - Progrès - Justice

**STRATEGIE NATIONALE DE
FINANCEMENT DE LA SANTE POUR LA
COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE
2017-2030**



Octobre 2017

Table des matières

Liste des sigles et abréviations	4
PREFACE	7
REMERCIEMENTS	8
RESUME	9
INTRODUCTION	13
I. PRESENTATION DU BURKINA FASO	14
1.2- Economie, fiscalité, protection sociale.....	14
1.3- Structure d'allocation budgétaire	15
1.4- Organisation du système de santé	15
1.5- Collaboration intersectorielle.....	16
1.6- Profil épidémiologique	16
II. PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE	17
2.1 Utilisation des services de santé	17
2.2 Description du système de financement de la santé et ses enjeux	18
III. ARTICULATION ENTRE FINANCEMENT DE LA SANTE ET LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE.....	21
IV. PROCESSUS D'ELABORATION DE LA STRATEGIE DE FINANCEMENT	21
V. VISION	22
VI. OBJECTIF	22
VII. ANALYSE/IDENTIFICATION DES DEFIS ET PROPOSITION DE MESURES	22
7.1 Mobilisation des ressources	22
7.1.1 Mobilisation et suivi des ressources publiques pour l'objectif « santé »	22
7.1.2 Cadrage budgétaire du Ministère de la Santé.....	25
7.1.3 Financement du RAMU	26
7.1.4 Rationalisation du financement extérieur.....	28
7.1.5 Augmentation et rationalisation du financement privé.....	29
7.2 Mutualisation des ressources / Achat de prestations	31
7.2.1 Mutualisation CNAMU / achat du panier AMU.....	31
7.2.2 Mutualisation PADS / financement des structures d'encadrement et des «prestations hors AMU ».....	32
7.2.3 Mutualisation des crédits transférés pour la disponibilité de l'offre de soins de qualité....	34
7.2.4 Mutualisation des ressources financières pour le fonctionnement et les gros investissements au niveau central	35
7.2.5 Achat stratégique	36
7.3 Pilotage / Gouvernance / Contrôle du système de financement.....	38

7.3.1 Cycle de planification et suivi des résultats.....	38
7.3.2 Intrants pour la disponibilité des soins de qualité	38
7.3.2.1 Infrastructures et équipements	38
7.3.2.2 Mise à disposition adéquate des Ressources humaines	40
7.3.2.3 Médicaments : disponibilité et accès.....	42
7.3.3 Encadrement adapté de l'autonomie de gestion des CSPS et CMA, des CHU/CHR.....	43
7.3.3.1 CSPS et CMA	43
7.3.3.2 CHR et CHU	43
7.3.4 Accréditation/Certification/ catégorisation des formations sanitaires	45
7.3.5 Régulation des prestataires des services de santé privés	46
VIII. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS	47
8.1 Valeurs.....	47
8.2 Principes directeurs.....	47
VIII. MESSAGES POLITIQUES CLES	48
Il s'agit de susciter une participation responsable à la production de soins et une relation de qualité avec le patient.	48
IX MISE EN OEUVRE ET SUIVI-EVALUATION DE LA SNFS	50
IX.1. Conditions de succès	50
IX.2. Analyse des risques	50
IX.3 Matrice de performance/Indicateurs 2017-2030.....	50
IX.4 : Mise en œuvre.....	50
IX.5 : Suivi et évaluation	50
➤ Mécanismes de Suivi et d'évaluation	52
CONCLUSION	52
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
Annexes	55
1. Cadre d'analyse OMS	55
Figure 3 : Cadre d'analyse de la SNFS (OMS)	55
2. Indicateurs de suivi.....	56
3. Cadre logique de la SNFS.....	57
4. Liste des membres du comité de rédaction et des personnes ressources	59

Liste des sigles et abréviations

ACH	: Adjoint des cadres hospitaliers
AMU	: Assurance maladie universelle
AQS	: Assurance qualité des soins
ARV	: Anti-retro-viraux
ASBC	: Agent de santé à base communautaire
BE	: Budget de l'Etat
BM	: Banque mondiale
CAMA	: Caisse d'assurance maladie de l'armée
CAMEG	: Centrale d'achat de médicaments essentiels génériques
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CID	: Circuit intégré de la dépense
CIM	: Codification internationale des maladies
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CNAMU	: Caisse nationale d'assurance maladie universelle
COGES	: Comité de gestion
CPN	: Consultation prénatale
CS	: Comptes de santé
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CSU	: Couverture sanitaire universelle
CTFS	: Commission thématique financement de la santé
DAF	: Direction de l'administration et des finances
DALY	: Disability adjusted life years (Espérance de vie corrigée de l'incapacité)
DGB	: Direction générale du budget
DGESS	: Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DGPML	: Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DNS	: Dépense nationale de santé
DRS	: Direction régionale de la santé
DRD	: Dépôt répartiteur de district
DS	: District sanitaire
ECD	: Equipe cadre de district
EMC-MDS	: Enquête multi centrique

EN-PSQD	: Enquête nationale sur la perception de soins de qualité des prestations
ENDOS	: Entrepôt de données sanitaires
EPE	: Etablissement public de l'Etat
EPPS	: Etablissement public de prévoyance sociale
EPS	: Etablissement public de santé
FBR	: Financement basé sur le résultat
FCFA	: Franc de la Communauté financière africaine
FS	: Formation sanitaire
GAVI	: Global alliance for Vaccines and Immunization
GFATM	: Global fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme)
HIMO	: Haute intensité de main d'œuvre
IAP	: Instrument automatisé de prévision
IDH	: Indice de développement humain
INSD	: Institut national de la statistique et de la démographie
ISF	: Indice synthétique de fécondité
ISO	: Organisation internationale de normalisation
MATDSI	: Ministère de l'administration du territoire, de la décentralisation et de la sécurité intérieure
MINEFID	: Ministère de l'économie, des finances et du développement
MEG	: Médicament essentiel générique
MS	: Ministère de la santé
ODD	: Objectifs de développement durable
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	: Organisation de la société civile
CFA	: Franc de la Communauté financière africaine
PADS	: Programme d'appui au développement sanitaire
PCIME	: Prise en charge intégré des maladies de l'enfant
PNDES	: Plan national de développement économique et social
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNS	: Politique nationale de santé
PNUD	: Programme des nations unies pour le développement
PPP	: Partenariat public privé
PTF	: Partenaires techniques et financiers
RAMU	: Régime d'assurance maladie universelle
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
SARA	: Service Availability and Readiness Assessment (Enquête sur la

	disponibilité des services et capacité opérationnelle)
SCADD	: Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SIG	: Système informatisé de gestion
SMI	: Santé maternelle et infantile
SNFS	: Stratégie nationale de financement de la santé
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
ST-RAMU	: Secrétariat technique du régime d'assurance maladie universelle
TVA	: Taxe sur la valeur ajoutée
UE	: Union Européenne
UGF	: Unité de gestion de projet
USD	: United states dollar (Dollar américain)
UNICEF	: United nations children's fund

PREFACE

Au Burkina Faso, les données des comptes de santé 2015 relatifs aux dépenses de santé des ménages montrent une part importante (34,2%) des paiements directs des ménages dans le total des dépenses en santé. Ces données sont largement au-dessus du taux (20%) au-delà duquel selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'incidence des dépenses catastrophiques est importante pour la population.

C'est pourquoi, en vue d'améliorer les conditions socio-sanitaires de ses populations, le Burkina Faso s'est fixé une priorité de lever les barrières de l'accessibilité aux soins de santé de qualité. Cette vision a été déclinée dans le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES) 2016-2020 adopté en août 2016.

Dans l'optique des actions visant à promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique, un des effets attendus du Plan national de développement sanitaire (PNDS) et du PNDES est de garantir à tous, l'accès aux services de santé de qualité. Pour contribuer à la réalisation de ces effets, le gouvernement s'est engagé dans l'élaboration d'une Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour la couverture universelle qui couvre la période de 2016 à 2030.

Aussi, ce document de stratégie se veut être un outil de référence pour le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers permettant de coordonner les différentes interventions dans le domaine du financement de la santé. Sa mise en œuvre permettra à l'Etat de mieux rationaliser la disponibilité des moyens et d'optimiser l'utilisation des ressources financières.

Elle se fonde sur les valeurs sociales propres au Burkina Faso, intègre toutes les initiatives publiques, privées, collectives et individuelles afin de rendre accessible à toutes les catégories de la population, les soins de santé de qualité.

Le processus d'élaboration de ce document a été inclusif et participatif et sa mise en œuvre nécessite encore plus de synergie d'actions des parties prenantes.

C'est pourquoi, j'invite tous les acteurs concernés à s'en approprier et à en faire une référence dans le cadre de toutes leurs interventions de financement de la santé

Le Ministre de la Santé

REMERCIEMENTS

Pour la première fois, le Ministère de la santé en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers vient d'élaborer la stratégie de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle. Le Ministère voudrait à travers ces lignes adresser ses remerciements à toutes les institutions, aux personnes physiques et morales qui ont contribué à l'élaboration de cette stratégie. Il salue la grande disponibilité dont elles ont fait preuve aussi bien dans la mise à disposition des documents, des travaux individuels que lors des ateliers de production et d'amendements.

Les remerciements s'adressent particulièrement à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Union Européenne (UE); la Banque Mondiale (BM), au Secrétariat Technique de l'assurance maladie universelle (ST-RAMU), au Ministère de l'Economie, des finances et du développement (MINEFID), aux personnes ressources, aux membres du comité de rédaction, aux membres des commissions thématiques et aux membres du comité de pilotage de l'élaboration de cette stratégie.

Toutes ces contributions ont permis d'enrichir les réflexions et les analyses afin de mener à bien l'élaboration de ladite stratégie.

RESUME

Le gouvernement du Burkina Faso a fait du financement de la santé une orientation stratégique du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020. La mise en œuvre de cette orientation s'est traduite par le renforcement des fonctions de mobilisation ; de mise en commun des ressources financières et d'achats de services.

Les réformes engagées dans ce cadre visent à apporter des réponses aux principaux défis du financement de la santé parmi lesquelles la faible mobilisation des ressources pour le financement performant du secteur ; la fragmentation et la gestion irrationnelle et inefficace des ressources mobilisées ; la faible protection financière des populations ; l'achat non stratégique des services de santé de qualité ; les ruptures fréquentes des médicaments et consommables médicaux essentiels ; la faible motivation du personnel et l'insuffisance des ressources (infrastructures, matériels/équipements, humaines qualifiées).

Cependant, malgré les progrès réalisés ; les performances du système de financement de la santé s'avèrent insuffisantes pour assurer le droit à un accès équitable de la population à des soins de qualité.

C'est pourquoi le pays a fait résolument le choix de promouvoir la couverture sanitaire universelle dont l'objectif est de garantir à la population un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité sans barrière géographique, financière ou socioculturelle sur la base d'une complémentarité des sous-secteurs sanitaires public, privé et communautaire. Cette volonté a été réaffirmée dans le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES) adopté en août 2016.

Dans ce cadre, l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé a été initiée.

La vision de la Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) à l'horizon 2030 est : «Faire du Burkina Faso, une Nation où toute la population bénéficie de l'accès aux services et soins de qualité sans distinction sociale ».

L'objectif général de cette stratégie est d'assurer l'équité et l'efficacité dans le financement de la santé. Ce document de stratégie permettra au Ministère de la santé de se doter d'un référentiel qui met en cohérence toutes les sources et mécanismes du dispositif de financement de la santé pour plus d'efficacité et d'équité dans la gestion des ressources.

Pour ce faire un comité technique et un comité de pilotage interministériels en charge de conduire le processus d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé ont été mis en place. Sur la base du diagnostic de la situation du système de financement de la santé, dix-sept (17) défis qui entravent les progrès du pays vers la couverture sanitaire universelle ont été identifiés tenant compte des fonctions du financement de la santé. Ces défis se résument comme suit :

❖ **Mobilisation des ressources**

- capacité du Ministère de Tutelle à suivre l'ensemble du budget alloué à la santé et/ou ayant un impact fort sur la santé des populations ;
- assurance d'un financement adéquat du secteur de la santé pour garantir la croissance continue de l'offre de soins dans un contexte d'appui extérieur fluctuant et non prédictible et de croissance démographique élevée ;
- assurance du financement du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) et des mesures d'exemption de paiement sur le budget de l'Etat ;
- assurance d'un financement extérieur plus prévisible et mieux adapté aux besoins ;
- accroissement et orientation du financement privé pour la santé ;

❖ **Mutualisation des ressources/Achat stratégique**

- assurance de la cohérence entre le RAMU et les mesures d'exemption de paiement ;
- réduction sensible de la fragmentation des financements extérieurs (PADS/DAF, GAVI, UNICEF, UE...) et leur orientation de manière adéquate au sein du système de financement de la santé ;
- mise en œuvre de la décentralisation en faisant face aux capacités en gestion des ressources transférées parfois limitées et à la collaboration souvent insuffisante entre les communes et les formations sanitaires ;
- optimisation de la gestion des crédits au niveau central ;
- meilleure allocation des financements disponibles sur la base d'évidences ;

❖ **Pilotage/Gouvernance/Contrôle du système de financement**

- assurance de l'adéquation entre la planification des activités du niveau central, des DRS/DS et les besoins réels des structures ;

- amélioration pérenne du niveau des infrastructures et des équipements sur l'ensemble du territoire ;
- disponibilité sur l'ensemble du territoire d'un personnel suffisant, de qualité, et également capable d'assurer la gestion financière et comptable ;
- assurance de la disponibilité des MEG ;
- disponibilité des ressources financières au niveau des CSPS/CM/CMA de manière optimale, et assurance suffisante de moyens financiers et de flexibilité dans la gestion des ressources aux niveaux CHU et CHR ;
- institutionnalisation de l'accréditation et de la certification dans un contexte de mise en place de l'Assurance maladie universelle (AMU) ;
- meilleure régulation du secteur privé ;

Au regard de ces défis, les mesures suivantes ont été proposées :

❖ **Mobilisation des ressources**

- mettre en place un dispositif cohérent de mobilisation, de capitalisation et de suivi des flux financiers en faveur de la santé ;
- allouer au minimum chaque année 12% du budget de l'Etat au Ministère de la Santé (inclus salaires et crédits transférés) ;
- mettre en place un plan de financement du RAMU ;
- mobiliser l'aide extérieure sur base d'un achat de résultats et pour une liste d'activités limitée et standardisée ;
- mobiliser le financement privé pour des objectifs de santé publique ;

❖ **Mutualisation des ressources/Achat des prestations**

- assurer la gestion de l'exemption par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMU) et intégrer les prestations dans le panier RAMU ;
- favoriser la mise en commun au sein du Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) des financements extérieurs pour les services d'encadrement des services de santé et pour la fourniture des services de soins de santé non couverts par le RAMU avec un système d'achat de résultats ;
- assurer un financement efficient de la santé au niveau des communes;
- Optimiser à travers le ciblage la gestion des crédits délégués (gestion DAF) ;
- mettre en place et former une équipe fonctionnelle chargée de l'achat stratégique ;

❖ **Pilotage/Gouvernance/Contrôle du système de financement**

- mettre en œuvre un cycle de planification axée sur les résultats ;
- assurer la normalisation et la régulation des infrastructures et des équipements ;
- mettre en œuvre une réforme ambitieuse de la gestion des agents de santé et des agents chargés de la gestion financière et comptable ;
- mettre en œuvre la réforme de la politique pharmaceutique;
- réviser certains textes relatifs à l'utilisation des ressources des formations sanitaires ;
- mettre en place une structure chargée de la certification/accréditation/ catégorisation des formations sanitaires selon la disponibilité et la qualité des prestations du paquet d'activités par niveau de soins ;
- assurer une meilleure régulation des activités du sous-secteur sanitaire privé y compris celles exercées par le personnel émergeant au niveau du secteur public.

Des valeurs et principes directeurs de la stratégie ont été proposés. Par ailleurs, des messages politiques clés ont été élaborés afin de sous tendre le plaidoyer nécessaire à la mise en œuvre de la SNFS.

Pour suivre la mise en œuvre de la SNFS, une matrice de performance 2017-2030 décrivant l'évolution des indicateurs financiers et de couverture maladie a été élaborée avec l'année 2015 comme année de référence. Un dispositif institutionnel et des mécanismes de suivi et d'évaluation ont été décrits.

Ce suivi concernera la liste des indicateurs retenus pour permettre de vérifier l'atteinte des résultats escomptés. Le suivi et l'évaluation de la stratégie fera partie intégrante du cadre de suivi et d'évaluation du PNDS 2011-2020. Des évaluations internes périodiques, externes (2020) et une évaluation finale en 2030 sont prévues dans le dispositif.

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, dans un contexte de pauvreté accentuée par l'insuffisance des ressources internes et externes, on constate que les services de santé sont sous-financés (37,9 USD/h/an en 2014 pour une norme de 56 USD/h/an). Aussi, ce financement est encore largement assuré par le paiement direct des ménages (32,2 % en 2014 pour une norme inférieure ou égale à 20%)¹. Il en résulte que la qualité des services de santé² est en dessous des attentes et que l'accès aux soins de qualité reste inéquitable.

Cependant, l'analyse des indicateurs de pauvreté monétaire indique qu'en 2014, 40,1% de la population vivait en-dessous du seuil de pauvreté, estimé à 153 530 FCFA³ par an. Ce qui expose la plupart des ménages à des dépenses catastrophiques de santé.

Dans ce contexte, la couverture sanitaire universelle s'avère nécessaire pour garantir l'accès à des soins de qualité à toute la population en général et aux indigents en particulier tout en garantissant la protection financière.

C'est ainsi que, pour garantir le droit à la santé pour tous reconnu par la Constitution, le gouvernement du Burkina Faso a pris des initiatives pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, notamment par l'adoption de la loi portant régime d'assurance maladie universelle, l'exemption au paiement des enfants de 0-5 ans, des femmes enceintes et la création de nouvelles formations sanitaires à tous les niveaux.

Toutefois, il reste de nombreux goulots d'étranglement en rapport avec le financement de la santé à lever d'où la rédaction de la présente stratégie.

Cette stratégie nationale de financement de la santé intervient dans un contexte où le Burkina Faso met en œuvre le Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020 où l'accès aux services de santé de qualité pour tous a été réaffirmé comme une priorité. Elle se veut être un cadre d'orientation et de réglementation du financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle 2017-2030 où tous les acteurs du financement de santé devraient s'aligner.

¹ Comptes de Santé

² infrastructures/équipements/logistiques, ressources humaines, prestations de services, produits de santé,

³ PNDES

I. PRESENTATION DU BURKINA FASO

1.1- Géographie, décentralisation et démographie

Le Burkina Faso est situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest et s'étend sur une superficie de 274 200 km². Il est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages.

La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

La population est estimée à 19 034 397 habitants en 2016 avec 51,7% de femmes contre 48,3% d'hommes. La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural de l'agriculture et de l'élevage⁴

Le taux brut de natalité était de 45,8 pour mille. La population est essentiellement jeune. La tranche de 0 à 15 ans représente 47,6% de la population. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 5,4 pour l'ensemble du pays⁵.

1.2- Economie, fiscalité, protection sociale

Le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés avec un Produit intérieur brut (PIB) par habitant estimé à 354 236 FCFA (601,1 USD) en 2015⁶. Selon le rapport du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain, le pays occupe le 181^{ème} rang sur 187 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0.388 en 2015⁷. L'économie du pays reste par ailleurs marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques) et externes (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix pour les produits alimentaires).

Sur le plan des équilibres financiers, le Burkina Faso a maîtrisé son déficit budgétaire. Cet équilibre est le résultat de la conjonction des efforts d'amélioration du niveau des recettes propres et de maîtrise de celui des dépenses publiques. En effet, la pression fiscale (recettes fiscales/PIB) est passée de 10,8% en 2000 à 14,8% en 2015 mais reste en dessous du seuil minimum de 20% fixé par l'UEMOA. Par ailleurs, le niveau moyen de l'inflation est resté en dessous de la norme communautaire de 3%.

⁴ RGPH

⁵ idem

⁶ IAP/DGEP/MINEFID, 2015

⁷ Rapport IDH/PNUD

En ce qui concerne la protection sociale (PS), l'analyse de la situation au Burkina Faso a dénombré en 2011, 181 structures de type mutualiste dont (i) 59,1% de mutuelles de santé de type classique, (ii) 21,11% de systèmes de prépaiement, (iii) 12,22% de systèmes de partage des coûts, (iv), 5% de mutuelles professionnelles et (v) 2,22% de Caisses de solidarité.

Les assurances privées représentaient une couverture d'environ 1% de la population en 2015.

1.3- Structure d'allocation budgétaire

L'allocation des ressources en faveur de la santé se fait au niveau des structures externes et internes.

Au niveau des structures externes, nous avons 2 sources de financement :

- i. La subvention de l'Etat ;
- ii. la contribution des partenaires.

En ce qui concerne les allocations internes, il existe deux sources :

- i. la DAF qui assure au sein du Ministère de la santé, la répartition des ressources aux différentes structures pour les dépenses de fonctionnement et les transferts courants ;
- ii. le PADS qui répartit les fonds mobilisés auprès de ses contributeurs selon leur nature. Les ressources mises en commun sont allouées aux structures de la santé en fonction des critères préalablement définis. Les fonds ciblés et ou affectés (GAVI, Fonds Mondial etc...) sont également alloués aux structures en fonction des objectifs poursuivis.

1.4- Organisation du système de santé

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois (3) niveaux :

- (i) Le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général.
- (ii) Le niveau intermédiaire qui comprend les Directions régionales de la santé;
- (iii) Le niveau périphérique qui est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

Sur le plan technique on distingue également 3 niveaux :

- (i) le premier niveau composé du premier échelon (CSPS/CM) et du second échelon (CMA) ;
- (ii) le second niveau composé des CHR ;
- (iii) le troisième niveau représenté par les CHN et les CHU.

Le système de santé comprend les secteurs public, privé et traditionnel. La grande majorité des établissements sanitaires (83,4%) relèvent du secteur public⁸.

En ce qui concerne le sous-secteur sanitaire privé de soins, il représente 16,6% des formations sanitaires du pays localisés essentiellement dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Il est composé majoritairement de structures à but lucratif (81,56%).

Par rapport au sous-secteur de la médecine traditionnelle, on dénombre environ 30 000 tradipraticiens exerçant de façon autonome.

Il existe une politique nationale et des textes réglementant l'exercice de la profession à tous les niveaux.

En rapport avec le secteur pharmaceutique, l'approvisionnement en médicaments se fait prioritairement à la CAMEG pour le secteur public.

1.5- Collaboration intersectorielle

La réussite de la mise en œuvre de la politique nationale de santé nécessite la pleine participation des autres secteurs.

Afin de coordonner les interventions de santé, des cadres de coordination et de collaboration intersectorielle ont été mis en place (Conseils de santé de district, Comités techniques régionaux de santé, Comités de gestion des épidémies, Cadres de concertation sur la nutrition, Comité interministériel pour la résolution des problèmes transversaux, Comité de suivi du PNDS, Cadre sectoriel de dialogue, etc.) et un partenariat a été développé avec les acteurs de la santé (signature de conventions de partenariat avec les associations/ONG).

1.6- Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Burkina Faso à l'instar des pays Africains au Sud du Sahara reste caractérisé par la persistance des maladies endémo-épidémiques. Les maladies transmissibles restent encore prépondérantes comme cause d'années de vie perdues, mais les maladies non transmissibles et les accidents sont en augmentation progressive⁹.

Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme (53,8%), les infections respiratoires aiguës (20,7%), les maladies diarrhéiques (4,2%), la malnutrition

⁸ Rapport de l'enquête SARA

⁹ Rapport de l'analyse de la situation du financement de la santé au Burkina Faso

(1,7%), l'infection à VIH/Sida (0,8%), les IST, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées¹⁰

Selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) réalisé en 2006, le taux brut de mortalité au sein de la population est de l'ordre de 11,8‰.

Selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les taux de mortalité maternelle étaient estimés respectivement à 484 pour 100 000 naissances vivantes¹¹ en 1998, 341 en 2010 et de 330 pour 100 000 naissances vivantes en 2015¹².

Pour le taux de la mortalité infantile, il était de 90‰ naissances vivantes en 1998, 81‰ naissances vivantes en 2003, 65‰ naissances vivantes en 2010 et 42,6‰ en 2015. Quant à la mortalité infanto-juvénile, le taux est de 177‰ naissances vivantes en 1998, de 168‰ naissances vivantes en 2003, de 129‰ naissances vivantes en 2010 et de 81,7‰ naissances vivantes en 2015.

II. PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE

2.1 Utilisation des services de santé

L'utilisation et la qualité des soins dans les services de santé restent dans l'ensemble en deçà des attentes. En effet, en 2014 l'indice d'utilisation des services de santé était de 15,6% contre 20,2% en 2012¹³; l'indice de disponibilité des services était de 25,5% avec une disparité entre les régions variant entre 18,1% au Sahel et 34,6% au Centre. Aussi, l'enquête nationale sur la perception de la qualité des prestations (EN-PSQD, 2013) indique un score moyen de patients hospitalisés « très satisfaits » variant de 9,6% (information médicale) à 42,1% (impression générale).

Chez les patients pris en charge en ambulatoires, l'indice varie de 20% (accessibilité aux soins de santé) à 77,9%, (impression générale). D'autres données indiquent que la qualité des soins de SMI n'est pas satisfaisante, car le counseling, l'éducation de la mère, les soins au nouveau-né et l'adhérence aux directives de prise en charge ne sont pas suffisamment appliquées (Duysburg, 2013).

¹⁰ Tableau de bord 2015

¹¹ EDS, 1998

¹² EMDS 2015

¹³ Enquête STEP

La figure ci-dessous illustre le niveau d'atteinte de quelques indicateurs clefs de santé.

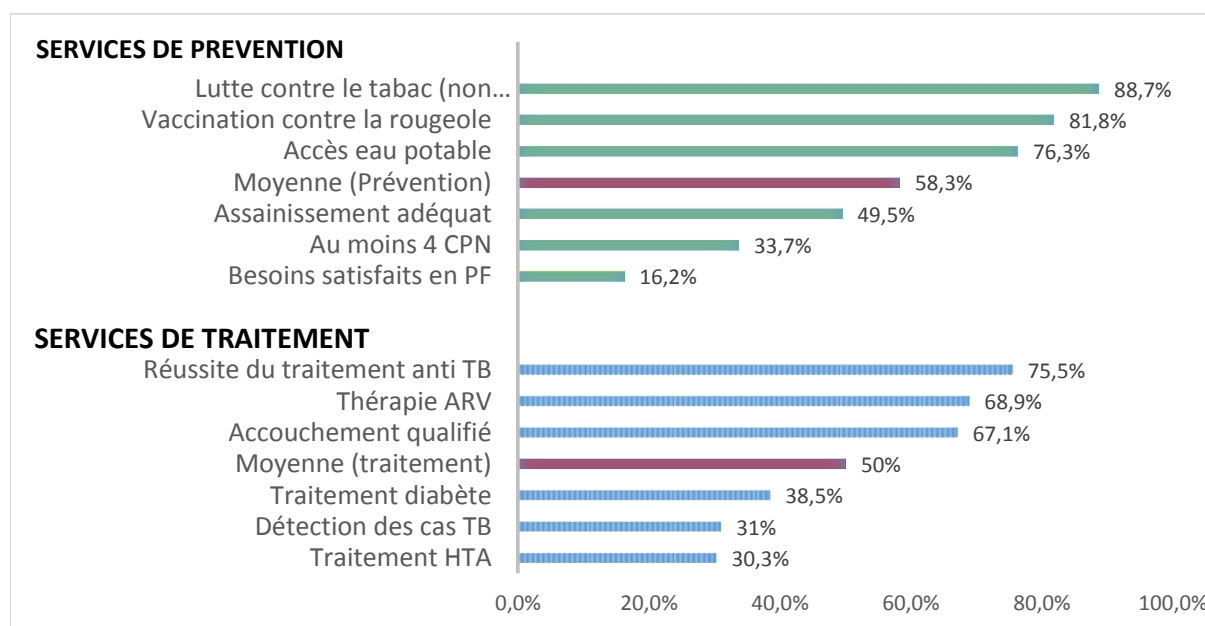


Figure 1: niveaux de couverture des services de prévention et de traitement¹⁴

De plus en 2015, la prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans est de 10,4, la malnutrition chronique est de 30,2% et la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est de 23%.

2.2 Description du système de financement de la santé et ses enjeux

▪ Mobilisation des ressources

L'analyse du Budget de l'Etat met en exergue une augmentation de la part du budget du Ministère de la santé dans le budget de l'Etat. Ce taux est, en effet, passé de 8,9% en 2010 à 12,6% en 2015 soit un taux d'accroissement moyen de l'ordre de 0.74% par an. Cela témoigne de l'effort de l'Etat dans l'accroissement des ressources affectées au secteur de la santé en vue d'atteindre la cible des 15% de la déclaration d'Abuja. Toutefois, cette part stagne depuis 2012 autour de 12,5 %.

Par ailleurs, en 2015, l'exploitation rapide de la série chronologique des comptes de la santé montre que l'exécution des dépenses de santé représente 9,8 % dans le Budget de l'Etat. Aussi, plus d'un quart du financement du secteur dépend des fonds extérieurs avec une

¹⁴ Etude « baseline » CSU 2015

moyenne annuelle de 26,4 % sur la période 2012 à 2015. Cette importance est tirée par l'augmentation des ressources spécifiquement dédiées aux programmes verticaux de lutte contre les maladies infectieuses, en particulier le SIDA, le paludisme et la tuberculose. En 2015, environ 70 % du financement de ces trois programmes provenaient des sources extérieures.

Enfin, la mutualisation du risque est limitée avec seulement 2% en 2015 et l'assurance maladie universelle n'est pas encore effective. Le système de financement repose essentiellement sur les paiements directs des ménages dont la contribution à la dépense totale de santé s'établissait à 34,2% en 2015. Lorsque ce taux excède 20 %, il devient, non seulement, source d'exclusion des pauvres dans l'accès régulier aux soins, mais aussi de paupérisation.

- Mutualisation des ressources

La mutualisation des ressources est d'abord réalisée au niveau du budget du Ministère de la Santé. Celle des financements des partenaires est limitée à l'appui budgétaire car le « panier commun » s'est progressivement réduit pour devenir inexistant à ce jour (2017).

- Achat de services

Le « Financement Basé sur les Résultats » mis en œuvre par le PADS est le seul mécanisme d'achat stratégique. Une partie du paiement dédiée aux CSPS/CM, CMA, CHR, et à l'encadrement des services de santé (DRS et ECD) est une motivation financière sur la base de la performance. Les exemptions de paiements (gratuité des soins des enfants de zéro à cinq ans et des femmes enceintes) se font sur une base tarifaire, à l'instar du paiement direct des ménages.

- Orchestration générale du financement

Une partie du financement des partenaires fait l'objet d'une distribution stratégique de la part du gouvernement à travers l'appui budgétaire et dans le cadre des échanges entre les PTF et la partie nationale. Cependant la fin du fonds du panier commun dénote d'une perte de maîtrise du Ministère dans la distribution de ces financements. Le budget du Ministère répond surtout à une logique d'ajustement annuel dans un contexte de rareté des ressources: paiement des salaires, des infrastructures, transferts courants et allocation de crédits délégués. Les crédits

transférés dans le cadre de la décentralisation ne représentent qu'une très faible part du financement de la santé (1,2%).

Le tableau ci-dessous présente les indicateurs clefs du financement de la santé

Tableau I: Indicateurs clefs des Comptes de la santé de 2012 à 2015

indicateurs clefs	2012	2013	2014	2015
Part du budget de l'Etat alloué au Ministère de la santé	12,57	12,60	12,70	12,15
Dépenses courante de santé (millions de FCFA)	279 558	348 709	338 844	358 297
Dépenses Totale en santé (millions de FCFA)	316 647	375 164	368 760	379 684
Dépenses des ménages (en millions de FCFA)	95 580	106 929	118 744	129 912
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	30,3	28,2	20,6	26,8
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	21,9	28,5	30,3	26,6
Dépenses de santé par habitant (FCFA)	18 848	22 331	21 316	21 141
Dépenses de santé en % du PIB	5,2	5,6	5,3	6,2
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	30,2	28,5	32,2	34,2
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé	18,8	27,8	20,7	27,1

Source : Rapport des CS 2015

- Les reformes du système de santé
 - Les reformes en cours sont la CSU, la gratuité des soins, le FBR, la décentralisation, et la planification axée sur le résultat
 - Les reformes en projet sont les Budgets Programmes, l'achat stratégique et la mise en place des équipes fonctionnelles

III. ARTICULATION ENTRE FINANCEMENT DE LA SANTE ET LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE

La couverture sanitaire universelle (CSU) revêt trois dimensions que sont : (i) la population couverte, (ii) le panier de soins de qualité offert et (iii) la protection financière des bénéficiaires.

La stratégie de financement de la santé constitue le socle pour l'atteinte de la CSU. Elle agit sur les 3 dimensions de la CSU en ce sens qu'elle permet la disponibilité des soins de qualité, l'accès de toute la population aux services de santé et la protection financière.

IV. PROCESSUS D'ELABORATION DE LA STRATEGIE DE FINANCEMENT

La stratégie nationale de financement de la santé a été élaborée par une équipe technique pluridisciplinaire composée de représentants du Ministère de la santé, du Ministère de l'économie, des finances et du développement, du Ministère de la fonction publique, du travail et de la protection sociale et des partenaires techniques et financiers. Cette équipe a bénéficié tout au long du processus de l'appui de personnes ressources.

L'équipe a procédé à une revue de la littérature disponible sur le financement de la santé¹⁵, et a exploité les documents nationaux tels que le Plan national de développement économique et social (PNDES), la Politique nationale de santé (PNS), la Politique de financement de la santé de 2007.

La méthodologie adoptée a été celle de la tenue d'ateliers de production dont les résultats ont fait l'objet des comptes rendus à la commission thématique financement de la santé.

Les grandes étapes de ce processus ont été entérinées par le comité de pilotage et l'adoption du document a été faite en conseil de Ministres.

¹⁵ Référence bibliographique

V. VISION

La vision de la SNFS à l'horizon 2030 est de: «Faire du Burkina Faso, une Nation où toute la population bénéficie de l'accès aux services et soins de qualité sans distinction sociale ».

VI. OBJECTIF

L'Objectif de la SNFS est d'assurer l'équité et l'efficacité dans le financement de la santé.

VII. ANALYSE/IDENTIFICATION DES DEFIS ET PROPOSITION DE MESURES

Le cadre d'analyse adapté du financement de la santé utilisant les différentes fonctions du financement de la santé de l'OMS¹⁶ a été utilisé.

7.1 Mobilisation des ressources

7.1.1 Mobilisation et suivi des ressources publiques pour l'objectif « santé »

La question de la santé est multisectorielle car elle fait intervenir plusieurs Ministères. Sur la période 2011-2016, le secteur de la santé a reçu en moyenne 150 milliards de FCFA par an soit 8,53% du budget de l'Etat. Sur cette période, le budget du Ministère de la santé a représenté 93,5% des ressources allouées au secteur de la santé.

Bien que le Ministère de la santé ait en charge la conduite de la politique du Gouvernement en matière de santé, il n'a aucun levier d'action sur les dépenses de santé engagées par les autres départements ministériels. Aussi, il n'arrive pas à évaluer la performance réalisée en matière de santé par les autres départements sur les budgets qui leurs sont alloués pour la mise en œuvre des actions de santé. Conséquemment, il n'a pas non plus les moyens de défendre leur apport pour augmenter la masse de fonds alloués au secteur de la santé.

En plus, d'autres ressources financières sont allouées à des actions qui ont un impact direct sur la santé notamment la gestion de l'environnement, l'éducation des populations, la gestion de l'eau ou encore la sécurité routière. Cependant, le Ministère n'arrive pas à capitaliser les acquis de ces actions.

¹⁶ Kutzin (OMS)

Il est fondamental que le Ministère en charge de la santé ait davantage le contrôle sur les conditions qui déterminent effectivement la santé des populations, et aujourd'hui plus que jamais eu égard à l'évolution du profil épidémiologique.

En effet l'émergence des maladies non transmissibles (MNT) laisse prévoir que les coûts de santé vont exploser sous le double poids des maladies transmissibles et non transmissibles. En Afrique, la progression des MNT est si importante que si rien n'est fait d'ici 2030, la mortalité due aux MNT sera plus élevée que celle liée à la mortalité maternelle et infantile et aux maladies transmissibles¹⁷. Selon l'enquête STEP de 2014, la prévalence de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'hypercholestérolémie totale était respectivement de 17,6%, 4,9% et 3,5%.

Cette émergence des maladies non transmissibles est favorisée par les facteurs environnementaux et socio-économiques défavorables et les facteurs liés aux conditions de vie (sédentarité, alcool, tabac, alimentation). L'OMS estime que le contrôle des principaux facteurs de risques des MNT contribuera cependant à réduire de 80% la survenue des maladies cardiovasculaires, du diabète et de 40% la survenue des cancers. C'est dire que l'état de santé de la population passe par des mesures de prévention et de promotion de la santé à travers des actions individuelles et collectives. Cependant force est de constater que le financement des activités de prévention et de promotion de la santé reste faible (5,4% en 2011 et 19,3% en 2014)¹⁸.

Les autres secteurs tels que le secteur de l'éducation, de l'action sociale, de l'environnement et du cadre de vie, des infrastructures, du transport, de l'administration territoriale et de la décentralisation et de l'agriculture ont un rôle à jouer dans les activités de promotion et de prévention dans le domaine de la santé. Cependant leur contribution actuelle reste difficile à capitaliser. Une meilleure prise en compte de ce défi au niveau intersectoriel et une meilleure capacité de suivi par le Ministère de la Santé permettra de mieux contrer cette menace.

Défi 1 : Capacité du Ministère de Tutelle à suivre l'ensemble du budget alloué à la santé et/ou ayant un impact fort sur la santé des populations.

¹⁷ Enquête STEP

¹⁸ CNS 2011 et 2015

Mesure 1 : Mettre en place un dispositif cohérent de mobilisation, de capitalisation et de suivi des flux financiers en faveur de la santé

1a. Mettre en place une base de données de suivi des flux financiers

Il s'agit de mettre en place un système informatique qui va permettre de capter l'information financière sur l'ensemble des flux financiers à tous les niveaux du système de santé. Ce système permettra de produire des informations fiables à jour et à temps réel pour faciliter les prises de décision en faveur du secteur de la santé et nutrition.

1b. Inscrire dans la lettre de mission du Ministre en charge de la santé le suivi des allocations et des indicateurs de santé liés à l'ensemble de l'action publique

Pour assurer la pertinence et l'efficacité du financement du secteur de la santé, le Ministère de la santé doit asseoir son leadership dans le choix des actions opérées par les autres départements ministériels/secteurs de planification dans le cadre de la politique du Gouvernement en matière de santé. En collaboration avec le Ministère en charge des finances, le Ministère de la santé devrait donner son avis sur les dépenses de santé prévues par les autres départements ministériels dans le cadre des arbitrages budgétaires mais aussi prendre part au dialogue sectoriel et aux négociations à chaque fois qu'elles permettent d'anticiper sur la mise en œuvre d'actions publiques qui pourront avoir un impact sur la santé des populations. Aussi un mécanisme de capitalisation des ressources allouées aux autres secteurs pour la prévention et la promotion de la santé doit être mis en place.

1c. Accroître la mobilisation et le financement adéquat des activités de prévention et de promotion de la santé et assurer le suivi

Au regard de l'augmentation des MNT, il est important d'accroître la mobilisation et l'allocation des ressources pour la prévention et la promotion de la santé. Pour cela, les taxes générées sur le sucre, l'alcool, le tabac, les amendes sur la pollution environnementale doivent avoir un lien de grandeur avec les subventions de l'Etat pour la prise en charge des maladies liées à ces facteurs d'exposition.

7.1.2 Cadrage budgétaire du Ministère de la Santé

Dans le cadre de ses engagements avec les partenaires financiers relatifs aux appuis budgétaires, le Gouvernement s'était engagé à allouer au moins 12,7% de son budget (hors dette, hors financements extérieurs, hors exonérations) au Ministère de la santé.

Depuis 2016, cet engagement n'est plus une conditionnalité pour le décaissement des appuis budgétaires.

Avec la mise en œuvre du RAMU (Régime D'Assurance Maladie Universelle) et le transfert des mesures de gratuité au RAMU, un financement important de l'Etat passera par les organismes de gestion et non par le Ministère de la Santé.

L'application de l'AMU et de la gratuité ne doit surtout pas réduire le financement du Ministère de la santé. Au contraire, avec l'accroissement de la population enregistrée d'année en année, les besoins du Ministère de la santé en termes de ressources humaines, d'infrastructures, d'équipements et d'intrants iront en augmentant.

Du reste, les mesures de gratuité et la mise en œuvre de l'AMU vont engendrer une forte fréquentation des centres de santé publique nécessitant que le Ministère de la santé renouvelle de manière continue les équipements, les infrastructures des centres de santé et renforce les ressources humaines.

Défi 2: Assurance d'un financement adéquat du secteur de la santé pour garantir la croissance continue de l'offre de soins dans un contexte d'appui extérieur fluctuant et non prédictible et de croissance démographique élevée.

Mesure 2 : Allouer au minimum chaque année 12% du budget de l'Etat au Ministère de la Santé (inclus salaires et crédits transférés)

L'Etat doit continuer à allouer au Ministère de la santé au moins 12% de son budget (hors prélèvement communautaire/ prélèvement communautaire de solidarité, hors dette, hors financement extérieur, hors exonération) pour lui permettre de répondre aux besoins de qualité de la prestation de santé dans les centres de santé publique et pour assurer la régulation du secteur. Cet objectif d'allocation inclut les dépenses de personnel de santé de la fonction publique ainsi que les crédits transférés.

7.1.3 Financement du RAMU

La loi n°60-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso fait obligation à toute la population du Burkina d'y adhérer. Elle donne aussi la responsabilité à l'Etat de mettre à disposition les ressources complémentaires aux cotisations pour que chacun participe en fonction de ses moyens. Pour ce faire, un panier de soins a été défini sur la base d'une étude actuarielle (2017). Les besoins de financement de ce panier de soins par l'Etat sont en cours de discussion sur la base de différents scénarii.

Le tableau ci-dessous illustre un des scénarii et fait apparaître le financement du RAMU par l'Etat à la fois sur base de budget et d'une taxe spécifique.

TABLEAU II : EXTRAIT DE COMPTE PRODUITS ET CHARGE (RESSOURCES UNIQUEMENT) SELON L'UNE DES HYPOTHÈSES EN DISCUSSION¹⁹

<i>CPC RAMU</i>	2018	2019	2020	2025	2027
Taux d'enrôlement national	37%	42%	47%	70%	79%
Ressources					
Cotisations (assurés cotisants)	56,0	66,4	77,8	154,8	197,3
- Dont part Etat	13,9	15,6	17,5	31,4	39,7
Subvention Etat	30,7	38,5	47,0	97,5	113,7
Produits financiers	-	2,3	4,0	10,9	14,3
Taxe de Contribution RAMU	15,7	16,5	17,3	22,1	24,3
Total ressources	102,4	123,7	146,2	285,3	349,7

Défi 3 : Assurance du financement du RAMU et des mesures d'exemption de paiement par le budget de l'Etat.

¹⁹ Etude actuarielle RAMU, 2017. Hypothèse d'une contribution des ménages à hauteur de FCFA 30.000 par an, du secteur formel à hauteur de 5% des salaires, et d'une taxe de 1% (cf. assiette de la taxe dans l'étude).

Mesure 3 : Mettre en place un plan de financement du RAMU

3a. Inscrire les prévisions financières dans le cadre du RAMU directement dans le budget AMU du MFPTPS

Dans un premier temps il est possible d'inscrire des lignes budgétaires pour les différents groupes cibles dans le budget programme des secteurs qui ont formulé des objectifs par rapport à ces groupes cibles. Ceci permettra une cohérence entre les politiques sectorielles spécifiques et leur contribution au RAMU.

Ainsi, les lignes budgétaires des mesures de gratuités des soins au profit des femmes enceintes, enfants de 0-5 ans, patients souffrants de maladies spécifiques (tuberculose, SIDA, insuffisance rénale, cancer) pourront être maintenues dans les budgets des programmes « accès aux services de santé » et « prestations de services » du Ministère de la santé, avec réorientation de la mise en œuvre de certains financements vers la CNAMU au fur et à mesure que celle-ci reprendra la gestion du tiers-payant (enfants de 0 à 5 ans, femmes enceintes et accouchements).

Le Ministère en charge de l'action sociale et de la solidarité nationale ayant inscrit la prise en charge des indigents dans son budget programme devra prévoir une ligne budgétaire en faveur de la CNAMU pour l'octroi des subventions dédiées aux populations indigentes.

Le Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la protection sociale devra prévoir dans son budget programme la prise en charge du secteur informel telle que définie dans les textes d'application de la loi RAMU.

A terme le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Protection Sociale recevra l'ensemble des subventions de l'Etat permettant la prise en charge de toutes les populations subventionnées.

3b. Anticiper la mobilisation d'un financement innovant de nature progressive (pro-pauvre) pour participer au financement du RAMU par l'Etat

Dès le démarrage de l'AMU le financement peut difficilement trouver son espace dans le budget de l'Etat tant il est nécessaire de constituer des réserves pour assurer la solidité du dispositif. En prévision des difficultés éventuelles à garantir le financement intégral du RAMU, des pistes de financement innovant seront recherchées en tenant compte des propositions de l'étude actuarielle et avec un accent particulier sur la possibilité de lever de nouveaux impôts pour le financement du RAMU.

3c. Financer la couverture des maladies non transmissibles par des taxes indirectes sur les produits qui représentent des facteurs de risque

Il faudra proposer un mécanisme de financement innovant et ciblé qui a un effet progressif ou un effet régressif minimal, c'est-à-dire que le poids de ce financement ne soit pas porté par les pauvres. Tenant compte de l'effet néfaste de certains produits de consommation sur la santé, on favorisera par exemple le financement de la couverture des maladies non transmissibles par des taxes indirectes sur les produits qui représentent des facteurs de risque (Alcool, tabac, etc.).

7.1.4 Rationalisation du financement extérieur

Le montant de l'aide extérieure est fluctuant et compte tenu des cycles de financement propre à chaque source de financement, la prévisibilité est faible. La mobilisation de l'appui budgétaire sectoriel au profit du secteur de la santé requiert de bonnes capacités de communication et de négociation mais aussi des preuves d'une bonne capacité d'absorption. En 2017, aucun financement « non ciblé » n'est disponible pour l'appui aux districts sanitaires. Les fonds ciblés provoquent un financement déséquilibré des besoins. Les capacités financières et techniques des entreprises se heurtent au préfinancement limité et aux échéances très courtes des fonds d'investissement.

Défi 4 : Assurance d'un financement extérieur plus prévisible et mieux adapté aux besoins.

Mesure 4 : Mobiliser l'aide extérieure sur la base d'un achat de résultats et pour une liste d'activités consensuelle et standardisée.

Le Ministère de la santé établira avec ses partenaires techniques et financiers une liste d'activités prioritaires, de subventions et d'investissements à financer dans le cadre de son plan triennal. Chaque activité, subvention de prestations de soins et investissement aura un contenu standard et un coût modal. Par exemple pour l'encadrement des services de santé au niveau district sanitaire, une dizaine d'activités à financer seront décrites et harmonisées.

Le financement de ces activités, subventions de prestations de soins et investissements sera lié à des cibles de couverture sanitaire et de qualité de soins. L'accord pour le financement de ces activités et investissements se fera donc sur la base d'un achat de résultats documenté sous

forme d'indicateurs ciblés. Cela n'exclut pas le financement d'activités novatrices et spécifiques par les partenaires techniques et financiers (PTF).

7.1.5 Augmentation et rationalisation du financement privé

Le privé occupe une place importante dans notre système de santé. En effet, les structures privées représentent 16,6% des formations sanitaires du pays avec une forte concentration dans les grandes villes (55,91% à Ouagadougou et 26% à Bobo-Dioulasso)²⁰

Cependant, on note une insuffisance dans le partenariat public-privé. En effet, les équipements des services de santé publique sont parfois non fonctionnels, vétustes ou inexistants. Pourtant, ces équipements existent dans certaines structures sanitaires privées mais ne sont pas utilisés à des fins de politique publique.

En terme d'infrastructures, les structures privées existantes n'ont pas d'aires de santé bien que desservant une bonne partie de la population de leur zone d'implantation. Ce qui ne permet pas une rationalisation dans la construction des infrastructures sanitaires.

Le financement privé est relativement faible, vise essentiellement la création de cabinets de soins et des cliniques généralistes. La création de cliniques spécialisées n'est pas accompagnée d'une convention favorisant l'accès à ces soins spécialisés.

Défi 5 : Accroissement et orientation du financement privé pour la santé
--

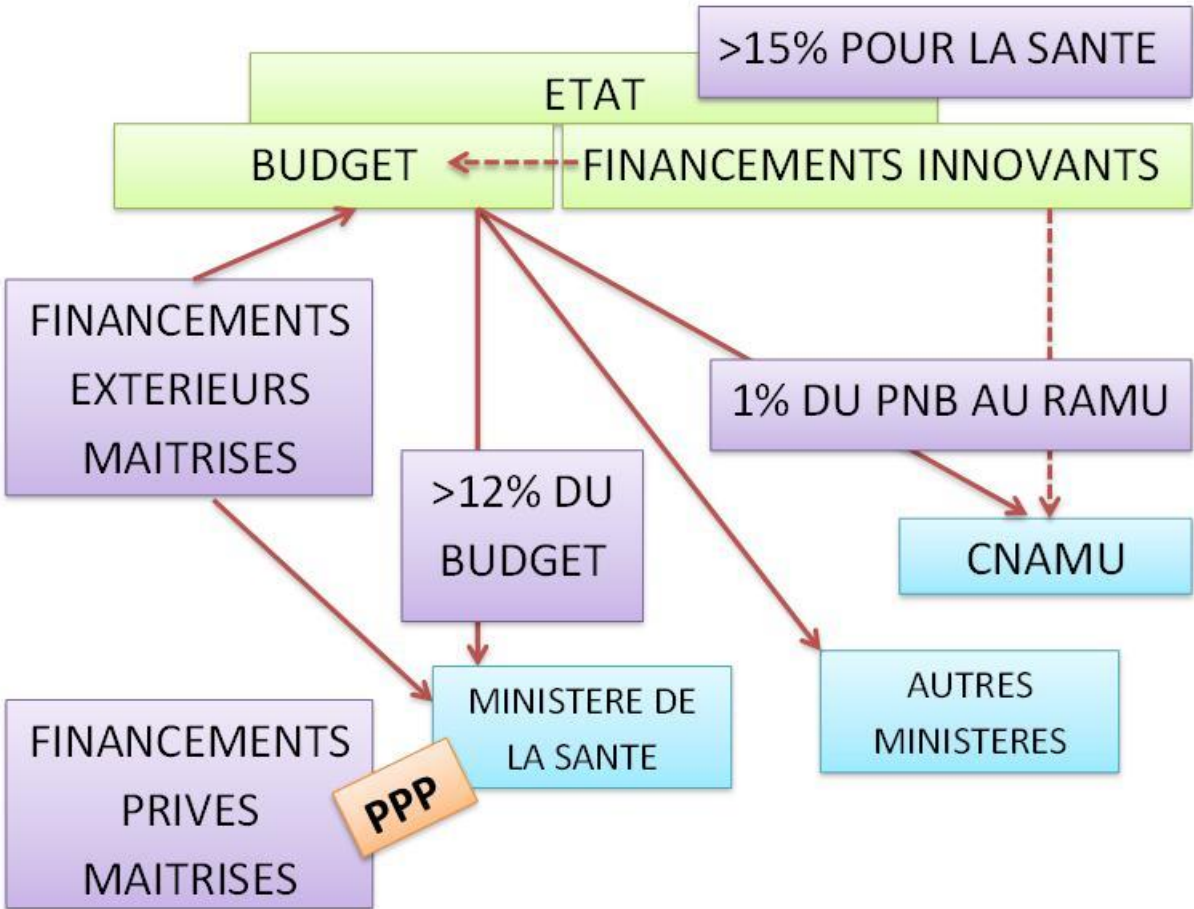
Mesure 5 : Mobiliser le financement privé pour des objectifs de santé publique

Il s'agira de développer le Partenariat public-privé notamment pour encourager les investissements privés dans les infrastructures de pointe et ceci en contractualisation avec les établissements publics. Exemples : la mise à disposition d'infrastructures/équipement hautement technologique par le service privé pourra être une solution de politique publique. Sur la base d'une négociation tarifaire, une référence du public vers le privé pourra être prise en charge par le RAMU.

De même, un prestataire de soins privé non lucratif pourra avoir une aire de responsabilité plutôt que d'être ignoré et dupliqué par une infrastructure publique.

²⁰ Rapport de l'enquête SARA

FIGURE 2 LES 5 DEFIS DE LA MOBILISATION DE RESSOURCES



7.2 Mutualisation des ressources / Achat de prestations

Le financement actuel du système de santé est caractérisé par une fragmentation de l'allocation des ressources au niveau central, intermédiaire et périphérique. Aussi, les critères utilisés pour l'allocation des ressources (la taille de la population, quelques indicateurs de performance, les zones de pauvreté, l'intervention de partenaires) ne sont pas équitables et pénalisent certaines structures qui n'ont pas suffisamment de moyens pour réaliser leurs activités. Pour autant, il s'agit également pour le système de financement de la santé de mettre en place des mécanismes d'achat stratégique, soit des liens fonctionnels entre certains types de paiements et certains résultats. Pour plus d'efficacité et d'équité et tout en créant les conditions favorables à la production de résultats, des réformes sont décrites ici pour agir à la fois sur la mutualisation des différents canaux de financements publics et le mécanisme d'achat privilégié de ces canaux.

Au niveau du panier RAMU, l'achat stratégique se fera notamment sur la base des modalités de paiement, parmi lesquelles le forfait sera privilégié. Ce forfait sera négocié d'abord sur la base des études actuarielles, étant entendu que le facteur de motivation stratégique sera avant tout la quantité de services prestés. Les prestataires de services de soins de santé seront également classés de manière objective sur la base de leur capacité d'offre a priori, notamment pour tenir compte des différences existants entre les CSPS, entre les CMA, ou encore entre certains prestataires publics et privés (cf. infra «Accréditation/Certification des formations sanitaires »).

7.2.1 Mutualisation CNAMU / achat du panier AMU

La loi portant régime d'assurance maladie universelle prévoit la prise en charge en particulier des coûts des soins curatifs. Le panier de soins du RAMU est défini par Décret sur la base de niveaux de soins, de prestations et de conditions d'accès à ses prestations. C'est un panier de « soins essentiels » qui sera progressivement élargi en fonction des ressources disponibles.

Défi 6: Assurance de la cohérence entre le RAMU et les mesures d'exemption de paiement.

Mesure 6 : Assurer la gestion d'exemption par la CNAMU et intégrer les prestations dans le panier RAMU

Le panier RAMU a été affiné dans une logique d'achat stratégique, et ce sont les prises en charge des prestations précisément définies dans ce panier qui seront gérées par la CNAMU.

6a. Transférer progressivement à la CNAMU la gestion des exemptions de paiement accordées aux enfants de 0 à 5 ans et aux femmes enceintes.

La CNAMU gèrera en premier lieu les mesures de gratuités au profit des enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes.

6b. Intégrer progressivement et sur la base d'évidences de meilleure performance du RAMU, certaines prestations, biens et services exemptés de paiement dans le panier de soins du RAMU alors que d'autres mesures de « gratuités » resteront gérées par le Ministère de la Santé.

Les autres mesures de gratuités, qui répondent à une logique de santé publique et qui sont des mesures collectives avec une externalité positive importante, continueront à être organisées par le Ministère de la Santé avec ou sans pré-positionnement d'intrants (vaccination, mesures d'urgence, prophylaxie, ARV, aliments thérapeutiques et micronutriments, traitement de masse, contraception, poches de sang). Parmi ces prestations, certaines seront transférées au RAMU sur la base d'évidences de meilleure performance du RAMU. Le financement de ces mesures nécessite des lignes budgétaires et des financements extérieurs spécifiques.

7.2.2 Mutualisation PADS / financement des structures d'encadrement et des «prestations hors AMU »

Le circuit financier des appuis extérieurs multi et bilatéraux envers les services déconcentrés est très fragmenté. Une grande partie du volume financier transite par le PADS vers des comptes des DRS et des districts ouverts à cet effet. Les fonds OMS et UNICEF transitent par des comptes particuliers de la DAF alors que les fonds de l'UE passent par une régie ancrée à la DGESS. Les crédits délégués destinés au financement de l'encadrement sont gérés par les districts et DRS à travers leurs régies d'avance. Il faut relever également l'existence des ONG qui financent des activités au niveau local. Ce qui a pour conséquence plusieurs sources de financement au niveau des structures d'encadrement et augmente ainsi la complexité des procédures de gestion à ces niveaux.

Aussi, il faut noter que le RAMU ne prend pas en charge les prestations de prévention et de promotion de la santé qui répondent à une logique de santé publique et/ou qui ont des externalités fortes. Le financement de ces activités doit être assuré par l'Etat et ses partenaires.

Le PADS a été mis en place comme un dispositif de mobilisation et de gestion des ressources pour la mise en œuvre du PNDS à travers un panier commun avec des procédures de gestion simplifiée pour la célérité sans occulter la redevabilité. Il a le statut d'un projet de catégorie « B ». Cependant, la configuration actuelle du PADS est marquée par la pratique de plus en plus répandue des fonds ciblés. En effet, en 2017, on note au niveau du PADS 100% de fonds ciblés.

Défi 7: Réduire sensiblement la fragmentation des financements extérieurs (PADS/DAF, GAVI, UNICEF, UE.....) et les orienter de manière adéquate au sein du système de financement de la santé.

Mesure 7 : Favoriser la mise en commun au sein du PADS des financements extérieurs pour les services d'encadrement des services de santé et pour la fourniture des services de soins de santé non couverts par le RAMU avec un système d'achat de résultats.

Le PADS demeure un dispositif qui rassure certains partenaires quant à l'exécution, la redevabilité et la visibilité de leur action en faveur de la santé et ses frais de gestion sont d'un niveau acceptable. Cependant, il importe que ce dispositif s'oriente vers la fongibilité des ressources qui y sont mobilisées pour assurer plus d'équité et d'efficacité. Pour ce faire, un contrôle de l'Etat s'impose. Celui-ci doit préciser les cibles attendus de ces financements, assurer le suivi des résultats. Selon la logique qui prévaut pour la plupart des partenaires et pour les budgets programmes, il s'agira même d'acheter les résultats. Ainsi, ce canal de financement visera la qualité de l'encadrement et la production effective de soins de santé stratégiques par le paiement à la performance. Cet achat de résultats devra être déjà intégré dans les directives de planification annuelle. Lors des sessions de financement, les districts doivent démontrer comment ils vont atteindre les progrès vers les résultats achetés par les appuis extérieurs et le budget de l'Etat (cf. infra « [pilotage /planification](#) »).

Un contrôle interne devrait être assuré par la DAF afin d'assurer une séparation des responsabilités. Ceci appelle à un renforcement des capacités de contrôle de la DAF. La DAF pourrait également capitaliser les bonnes pratiques du PADS en matière de contrôle.

7.2.3 Mutualisation des crédits transférés pour la disponibilité de l'offre de soins de qualité

En application du 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'Etat alloue annuellement des ressources pour le fonctionnement, la maintenance et la construction des formations sanitaires de base.

Aussi, certaines communes disposent de fonds provenant de dons privés et de la coopération décentralisée au profit de la santé.

L'analyse de la gestion de ces ressources au niveau des communes a montré les insuffisances suivantes :

- une insuffisance de capacités des collectivités à absorber les ressources financières qui leur sont transférées (lourdeur des procédures de passation des marchés) entravant ainsi le bon fonctionnement des formations sanitaires. Aussi quand ces crédits sont absorbés, les produits livrés ne correspondent pas souvent aux besoins des formations sanitaires entraînant ainsi un gaspillage et une inefficience dans l'utilisation des ressources financières ;
- des doublons dans le financement/subvention des activités éligibles sur fonds propres ;
- une insuffisance de collaboration entre les communes et les formations sanitaires.

Défi 8 : Mise en œuvre de la décentralisation en faisant face aux capacités parfois limitées en gestion des ressources transférées et à la collaboration souvent insuffisante entre les communes et les formations sanitaires.

Mesure 8 : Assurer un financement efficient de la santé au niveau des communes :

8a. : Maintenir les crédits transférés au niveau des collectivités (communes et conseils régionaux) pour les investissements jusqu'à un certain montant pour permettre la mise à niveau des formations sanitaires ;

8b. : Renforcer les régies d'avances des CMA en transférant certaines lignes budgétaires des crédits délégués vers ces Régies.

7.2.4 Mutualisation des ressources financières pour le fonctionnement et les gros investissements au niveau central

L'Etat alloue annuellement des ressources financières au Ministère de la santé pour le fonctionnement et les investissements de toutes les structures (central, intermédiaire, périphérique). Aussi, la DAF du ministère de la santé dispose de fonds provenant de certains PTF.

L'analyse de la gestion de ces ressources a montré les insuffisances suivantes :

- des contraintes et une insuffisance de capacités de la DAF à absorber de façon satisfaisante les crédits d'investissements ;
- quand ces crédits sont absorbés, les produits livrés ne correspondent pas souvent aux besoins des structures bénéficiaires.

Problème/Défi 9 : Optimisation de la gestion des ressources financières au niveau central.

Mesure 9 : Optimiser à travers le ciblage la gestion des crédits délégués (gestion DAF)

9a. : (i) Maintenir les crédits délégués au niveau des ECD et DRS; (ii) réviser les contenus des crédits au niveau des ECD et des DRS ;

9b. : Maintenir les crédits délégués pour les investissements importants (à préciser) et le fonctionnement des structures centrales au niveau central avec un transfert de la responsabilité de la gestion vers les services de l'administration financière des programmes budgétaires et un suivi de la DAF.

7.2.5 Achat stratégique

Il existe une tension entre l'allocation des ressources financières pour les investissements, les prestations de soins et les prestations d'encadrement des structures. Les financements publics de l'Etat et extérieurs sont alloués sur la base des conventions de financement extérieur, des engagements politiques et non sur la base d'évidence de bonnes pratiques et d'une estimation des impacts.

Défi 10: Meilleure allocation des financements disponibles sur la base d'évidences

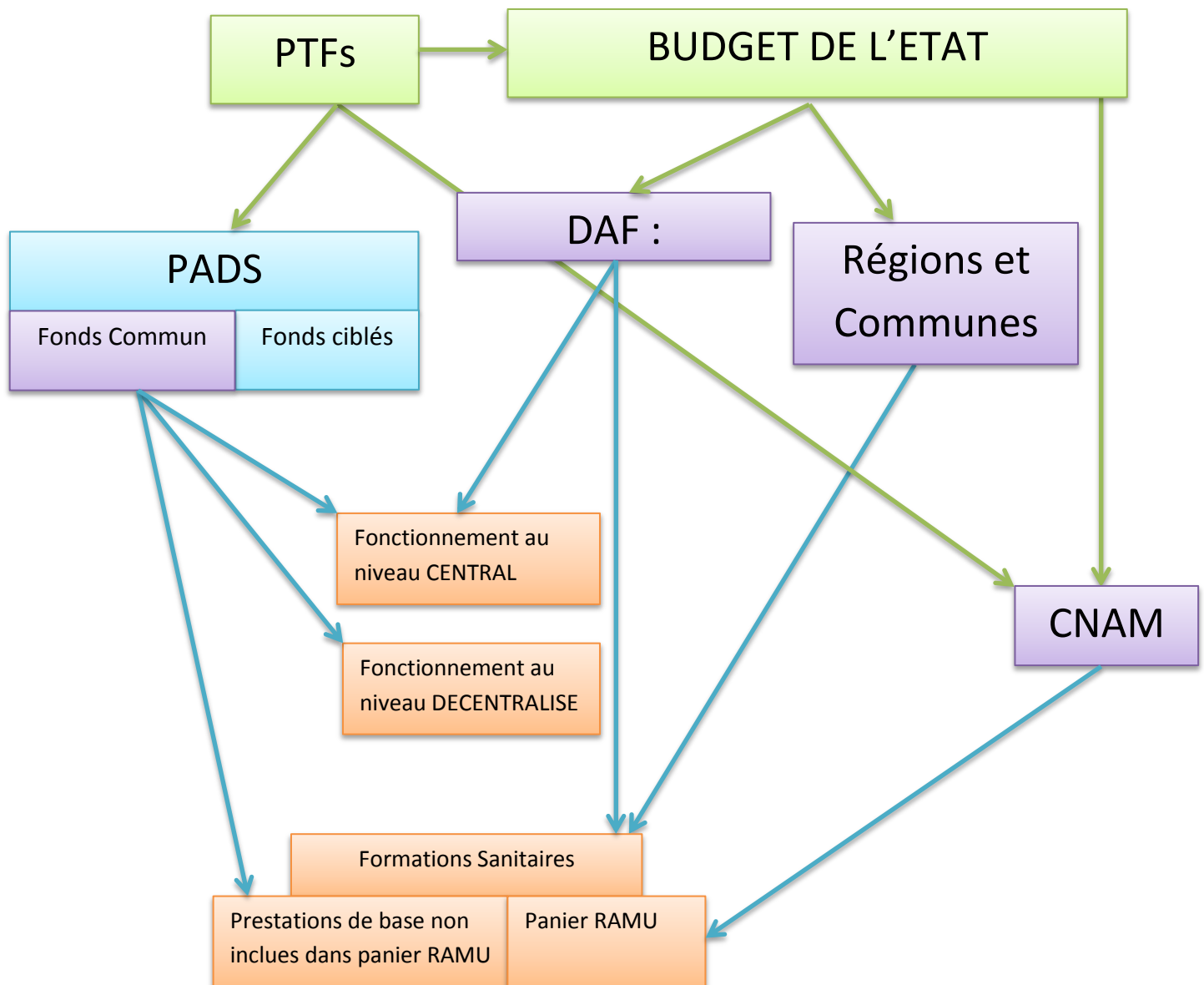
Mesure 10 : Mettre en place et former une équipe fonctionnelle chargée de l'achat stratégique

Dans le cadre de la réforme de la gouvernance en cours au niveau du Ministère de la Santé, une équipe fonctionnelle aura la charge de l'achat stratégique en tenant compte d'un contexte de ressources limitées.

Le modèle d'achat stratégique proposé concerne 3 volets que sont (i) le financement des activités d'encadrement, (ii) le financement de l'achat des prestations de la politique nationale de gratuité des soins et du panier de soins RAMU et (iii) le financement des subventions.

Dans ce modèle d'achat stratégique, le Ministère de la santé mettra à la disposition des équipes de soins les moyens et outils afin que celles-ci prennent la responsabilité elles-mêmes d'évoluer et de prouver leur niveau de performance. La stratégie d'achat qui sera mise en place devrait en 3 à 5 ans amener au moins 98% des formations sanitaires du pays vers le niveau optimal de qualité prédéfinie (score de qualité > 98%). En outre, 80% de ces formations sanitaires devraient être certifiées sur la base des critères que l'ensemble des acteurs du système de santé aura définis. Enfin, cette approche permettra de motiver de façon suffisante et équitable le personnel de santé. Un modèle de catégorisation croissante des formations sanitaires en 5 groupes ou 5 étoiles sera établi et chaque formation sanitaire sera encouragée à évoluer progressivement vers l'étoile supérieure.

FIGURE 3. MUTUALISATION DE RESSOURCES ET ACHAT DE SERVICES



Le fonds commun permet un financement basé sur la performance de l'encadrement et des prestations non couvertes par le RAMU. De manière transitoire il assure un « top-down » des subventions de l'Etat aux prestataires.

Le niveau décentralisé assure la mise aux normes des prestataires et une offre de soins a priori par le financement des petits investissements et par l'allocation d'un budget de la mise en œuvre des activités de promotion santé.

La CNAM achète le panier RAMU avec des modalités de paiement facilitant la gestion du risque. De manière transitoire avant la mise aux normes, les prestataires sont catégorisés par niveaux (A, B & C) avec une incidence sur le niveau de paiement.

La DAF gère les financements des gros investissements et le budget de fonctionnement du niveau central. Le développement d'un financement basé sur la performance par le niveau central se fait par le PADS.

7.3 Pilotage / Gouvernance / Contrôle du système de financement

7.3.1 Cycle de planification et suivi des résultats

Le système de planification des structures repose sur des référentiels tels que la PNS, le PNDS, le PNDES et les ODD. Cependant la programmation dans les plans d'actions du niveau central, des DRS/ECD/FS n'est pas souvent adaptée aux besoins réels des structures. En effet, les directives de planification sont transmises chaque année par le niveau central. Elles ne donnent pas une bonne lecture, un lien cohérent entre les activités à réaliser et les résultats attendus.

A cela s'ajoute l'allocation des fonds des partenaires pour la réalisation d'activités qui ne sont pas toujours prioritaires pour la structure (fonds ciblés).

Défi 11: Assurance de l'adéquation entre la planification des activités du niveau central, des DRS/DS avec les besoins réels de ces structures.

Mesure 11 : Mettre en œuvre un cycle de planification axée sur les résultats.

La mise en œuvre de la planification axée sur les résultats nécessite un coaching à tous les niveaux du système de santé. Une évaluation devra permettre de faire le point des besoins des DRS pour assumer cette mission.

Au niveau central, un renforcement des capacités des directions techniques en matière de planification axée sur les résultats est nécessaire pour impulser cette dynamique.

7.3.2 Intrants pour la disponibilité des soins de qualité

7.3.2.1 Infrastructures et équipements

Les infrastructures sont globalement insuffisantes à l'échelle du pays (l'indice de disponibilité de l'infrastructure en 2014 était de 26,7% au niveau national)²¹. Aussi, la carte sanitaire n'est pas respectée dans la plupart des districts sanitaires. A cela s'ajoute l'absence de normalisation de certaines infrastructures et de réhabilitation de celles qui sont vétustes.

²¹ Enquête STEP

Cette situation est due à l'influence socio-politique, à la méconnaissance de la carte sanitaire, à la non implication des acteurs locaux dans le suivi et la réception des infrastructures et à l'insuffisance de ressources financières pour leur entretien. Par ailleurs, il faut relever une insuffisance dans la priorisation du financement des investissements en infrastructure pour plus d'efficience.

Les normes en équipements ne sont pas respectées dans la plupart des formations sanitaires et certains équipements existants sont vétustes. On note également une absence de plan de renouvellement et de maintenance des équipements.

Ceci est lié à l'insuffisance de ressources financières, à l'insuffisance dans la priorisation des financements disponibles, à une faible collaboration avec le secteur privé de santé. Ce qui a pour conséquences la faible motivation du personnel surtout spécialisé pour travailler dans des centres hospitaliers sous-équipés.

Défi 12 : Amélioration pérenne du niveau des infrastructures et des équipements sur l'ensemble du territoire.

Mesure 12 : Assurer la normalisation et la régulation des infrastructures et équipements

Pour les infrastructures, il s'agit de réviser régulièrement la carte sanitaire et la faire respecter, d'élaborer un plan de maintenance/réhabilitation et de normalisation des formations sanitaires (FS). Aussi, il faudra affecter en priorité les moyens d'investissements publics en infrastructure aux CSPS, CMA et CHR et les moyens privés dans le tertiaire (CHU/CHN).

En ce qui concerne les équipements, il s'agit d'abord d'élaborer les plans de développement des districts sanitaires, les projets d'établissements des hôpitaux de réviser les normes en équipements et mobiliser les ressources pour leur financement et leur maintenance.

Ensuite, il faut en priorité affecter les moyens d'investissements publics en équipements aux CSPS, CMA et CHR et les moyens privés dans le tertiaire (CHU/CHN).

Enfin, favoriser la contractualisation entre les centres hospitaliers publics et les opérateurs privés pour la mise à disposition de services correctement équipés.

7.3.2.2 Mise à disposition adéquate des Ressources humaines

Les ressources humaines au niveau des formations sanitaires sont insuffisantes en quantité et en qualité. En effet, l'indice de disponibilité du personnel de santé était de 34,2% en 2014 (variant de 60,1% dans la région du Centre à 21,2% dans la région de l'Est)²².

En 2016, les ratios Médecin, sage-femme, infirmier (IB/IDE) par population étaient respectivement de 1/15836 ; 1/7378 ; 1/2663²³ pour une norme OMS de 1/10000 ; 1/5000 ; 1/3000.

Est également insuffisant en quantité et en qualité, le personnel en charge de la gestion financière dans les formations sanitaires.

Au niveau des CSPS et CM, la gestion financière et comptable est assurée par le comité de gestion dont les membres n'ont pas une formation de base en gestion financière et comptable.

Aussi, certaines communes qui assurent la gestion des fonds transférés ne bénéficient pas d'appui en personnel de gestion pour les accompagner dans la gestion efficiente des crédits transférés.

Cette situation pourrait s'expliquer par une insuffisance de production et/ou de recrutement du nombre d'agents nécessaires mais aussi par une répartition inéquitable des effectifs disponibles.

Concernant la motivation du personnel, force est de constater qu'en dehors de la faiblesse des salaires, on constate ce qui suit :

- l'insuffisance de logements décentes pour les agents ;
- la faiblesse des primes/indemnités (gardes/astreintes, risques, logements, ristournes etc.) ;
- la mauvaise gouvernance dans les formations sanitaires ;
- la faible qualité des infrastructures/équipements/logistique ;
- l'insuffisance dans l'accompagnement des agents (plan de carrière, avancements, supervisions, environnement de travail de qualité etc.).

²² Enquête STEP

²³ Annuaire statistique 2016

En rapport avec la gestion du personnel par les collectivités locales, il faut relever une insuffisance dans la régionalisation du recrutement du personnel de santé et la centralisation des salaires. Ce qui ne permet pas une fixation du personnel au niveau des collectivités territoriales.

Défi 13 : Disponibilité sur l'ensemble du territoire d'un personnel suffisant, de qualité et capable d'assurer la gestion financière et comptable.

▪ **Mesure 13 : Mettre en œuvre une réforme ambitieuse de la gestion des agents de santé et des agents chargés de la gestion financière et comptable**

Pour les agents de santé, il s'agit d'abord d'investir dans la rétention du personnel à travers le redéploiement, l'équipement, la disponibilité permanente du personnel (astreinte, gardes, etc.) et le logement décent; régionaliser des postes budgétaires pour les agents de l'Etat (recrutement régional) et d'assurer l'impartialité dans les affectations et dans la mise en œuvre du plan de carrière. Pour la gestion des questions de logement au niveau des CHR, en accord avec des investisseurs privés, des logements décents doivent être construits et le loyer ne dépasserait guère le montant de l'indemnité de logement des cadres qui y sont affectés. Par ailleurs, une plus grande autonomie devrait être accordée aux hôpitaux dans la gestion du personnel où les affectations devraient tenir compte des besoins réels exprimés.

Ensuite il faut veiller au respect des normes minimales en personnel par niveau et suivre son niveau d'application ; assurer le suivi des montants affectés pour la production, le recrutement, la formation et la rétention du personnel ainsi que les effets de ces investissements sur la disponibilité du personnel ;

Enfin, il faut prendre des arrêtés en vue d'améliorer la gestion du personnel au niveau des collectivités locales par le Ministère en charge de la décentralisation ;

Pour le personnel en charge de la gestion comptable et financière, il faut affecter dans les CMA et dans les CSPS des chefs-lieux de communes/CM des agents dédiés à la gestion comptable et financière et à la comptabilité matière.

Outre le personnel déjà en activité, la politique des ressources humaines prendra en compte l'ensemble du cycle, notamment la formation dans les écoles publiques et privées, le recrutement des nouveaux agents y compris pour les spécialités à tous les niveaux.

7.3.2.3 Médicaments : disponibilité et accès

Malgré les améliorations dans les indicateurs de disponibilité des médicaments depuis 2011, la chaîne d'approvisionnement reste très fragile. En effet en 2015, en moyenne 23% des DMEG ont connu des ruptures en médicaments²⁴.

Les hausses brusques dans la demande, les tensions de trésorerie et les effets négatifs du contexte institutionnel sur la confiance des fournisseurs peuvent rapidement détériorer le niveau de satisfaction des commandes au niveau de la CAMEG.

Le non règlement des factures de commande MEG par les formations sanitaires contribue à la réduction de la capacité et de la possibilité d'approvisionnement en MEG par respectivement la CAMEG et les DMEG.

On note également le non-respect de l'utilisation des recettes issues de la vente des médicaments (ex : l'utilisation des recettes du DRD par les ECD au-delà des limites imposées) entraînant parfois des difficultés d'approvisionnement dans les hôpitaux et les districts.

Défi 14: Assurance de la disponibilité des MEG.
--

Mesure 14 : Mettre en œuvre la réforme de la politique pharmaceutique

En effet, le secteur pharmaceutique est stratégique pour la santé de la population et compte tenu de l'imperfection du marché, une régulation gouvernementale forte est nécessaire. Ceci passe par le renforcement de la réglementation et du financement public de la politique pharmaceutique. Il nécessitera des investissements échelonnés sur une période conséquente. Il est donc nécessaire que cette réforme soit soutenue d'une vision, d'un chronogramme réaliste et d'une mobilisation de financements extérieurs.

Pour préserver l'approvisionnement en médicaments, un arrêté ministériel devra instruire les formations sanitaires à verser mensuellement la valeur des médicaments consommés (en provenance de la CAMEG) sur leur compte client à la CAMEG.

²⁴ Annuaire statistique 2015, MS

7.3.3 Encadrement adapté de l'autonomie de gestion des CSPS et CMA, des CHU/CHR

7.3.3.1 CSPS et CMA

Les ressources provenant du budget de l'Etat (fonds transférés) et destinées aux CSPS sont actuellement gérées par les collectivités territoriales conformément au décret n°2009-108/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 03 mars 2009 portant transferts de compétences et de ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé.

S'agissant des recettes de tarification des actes, leurs utilisations sont règlementées par le RABO n° AN VII 309/FP/MPSAN-AS/SEFB/SG/DCP du 15 Juin 1990 qui prévoit que :

- 65% de ces paiements soient destinées à la caisse maladie ;
- 20% aux praticiens ;
- et 15% reversé au budget de l'Etat au titre des recettes de services.

Ce texte semble aujourd'hui inappropriée, inefficace et désuet car :

- il date de 1990 et ne répond plus au contexte actuel dans lequel le Gouvernement veut assurer l'accessibilité des soins et des produits de santé de qualité à tous et surtout aux populations les plus pauvres.
- le reversement prévu au trésor public est inapproprié dans le secteur de la santé car il s'agit d'un secteur non productif et social ;
- la motivation des agents de santé prévue par le raabo est devenue dérisoire. Il est donc indispensable de trouver d'autres formes de motivation à travers des textes règlementaires adaptés ;
- Le raabo ne précise pas si on doit considérer les recettes provenant de l'AMU ou d'autres systèmes de tiers paiement comme un paiement des ménages. Pour ce faire, il s'avère nécessaire de relire le raabo et l'adapter à la réalité.

7.3.3.2 CHR et CHU

Les recettes propres des CHR/CHU sont également régies par le Raabo précédemment évoqué.

Au niveau de la chaîne d'approvisionnement en médicaments, on note des difficultés de recouvrement des créances des CHR et des CHU par la CAMEG.

Le plafonnement du niveau des recettes propres destinées au paiement des salaires à 30% (normes UEMOA) limite le recrutement du personnel spécialiste dans les CHR et CHU. Cette contrainte va s'accroître dans un contexte marqué par la hausse générale du niveau des salaires dans le secteur public.

Sur le plan financier les insuffisances suivantes ont été relevées :

- la subvention du budget de l'Etat aux hôpitaux n'a pas évolué significativement au regard des besoins d'investissement et de fonctionnement des hôpitaux.
- le niveau de tarification resté stationnaire depuis 1990 ne permet plus aux hôpitaux de faire face aux besoins de fonctionnement.

Défi 15 : Disponibilité des ressources financières au niveau des CSPS/CM/CMA de manière optimale, et assurance suffisante de moyens financiers et de flexibilité dans la gestion des ressources aux niveaux CHU et CHR

Mesure 15 : Réviser certains textes relatifs à l'utilisation des ressources des formations sanitaires

15a. : Elaborer un décret pour l'utilisation de l'ensemble des ressources au niveau des CSPS/CM et CMA permettant une gestion prévisionnelle plus autonome et de redevabilité et le soumettre en conseil des ministres;

Pour assurer un service de santé de qualité au niveau des CSPS/CM et des CMA, il est nécessaire de relire le cadre réglementaire dans l'utilisation des ressources. La relecture des textes couvrira l'ensemble des ressources générées au niveau des CSPS/CM et des CMA.

Le nouveau texte réglementant l'utilisation des fonds au niveau des CSPS/CM et des CMA serait un décret pris en conseil des Ministres. Un arrêté conjoint MS/MINEFID fixera les modalités de répartition des rétributions aux agents en tenant compte des catégories, des prestations et des astreintes.

15b. : adopter un arrêté portant gestion des recettes propres des CHU et CHR ;

Pour assurer la disponibilité du personnel spécialiste au niveau des CHR et CHU, il est nécessaire d'adopter un arrêté conjoint portant sur le relèvement du seuil au-delà de 30% des recettes propres réservés aux charges du personnel contractuels en y intégrant un seuil relatif aux investissements sur recettes propres. Le relèvement du seuil aura deux avantages : (i) assurer la disponibilité du personnel spécialiste gage de qualité et de continuité des soins ; (ii) assurer un niveau adéquat de recouvrement des recettes propres issues des prestations dispensées par ce personnel spécialiste. Dans le contexte de mise en œuvre de l'AMU, cette mesure permettra aux CHU et CHR de respecter leurs engagements à rendre disponible des soins de qualité.

15c. évaluer les coûts des prestations et réviser l'arrêté portant tarification des actes à tous les niveaux et augmenter la subvention de l'Etat aux hôpitaux.

Dans la perspective de la mise en œuvre de l'AMU, la révision de l'arrêté portant tarification et/ou l'augmentation de la subvention de l'Etat s'impose pour garantir la viabilité financière des centres hospitaliers et formations sanitaires de base.

7.3.4 Accréditation/Certification/ catégorisation des formations sanitaires

Pour offrir des soins de qualité, les formations sanitaires doivent satisfaire à un minimum de normes en infrastructures, en équipements et en ressources humaines.

Afin de respecter cette condition, il est nécessaire de procéder à la certification/accréditation des formations sanitaires. Aussi, dans un contexte de mise en œuvre de l'AMU, seules les formations sanitaires accréditées/certifiées/catégorisées devraient être conventionnées pour offrir les soins de qualité à la population. Cependant, il n'existe pas encore de structure qualifiée pour l'accréditation/certification/catégorisation des formations sanitaires.

<p>Défi 16 : Institutionnalisation de l'accréditation et de la certification dans un contexte de mise en place de l'AMU.</p>

Mesure 16 : Mettre en place une structure chargée de la certification / accréditation / catégorisation des formations sanitaires selon la disponibilité et la qualité des prestations du paquet par niveau

Dans le cadre de l'assurance qualité des soins (AQS), il est important que les FS/hôpitaux puissent engager le processus de certification et/ou d'accréditation de leurs prestations.

Toutefois, ce processus a des implications sur le plan des ressources financières, des ressources humaines, matérielles et des infrastructures. Pour un début, on pourrait au moins commencer avec les structures de références et ensuite faire une extension progressive aux FS périphériques.

Pour le RAMU, le remboursement des biens et services spécifiques et le paiement de montants forfaitaires par prestation est forcément lié au niveau d'accréditation des prestataires de soins. Pour assurer l'accès de soins à tous les niveaux, le système d'accréditation devra donc avoir des gradients et un seuil minimum en dessous duquel le remboursement des biens et services ou paiement forfaitaire n'est pas possible.

Pour ce faire, une contractualisation de l'accréditation/certification sera faite avec des opérateurs non étatiques sur la base de termes de référence et d'outils standards.

Pour le démarrage, sous la supervision de la direction des établissements de santé, la CNAMU procédera à une catégorisation simple des établissements de santé²⁵. De même, une nomenclature des actes des professionnels de santé sera élaborée, les maladies seront codifiées en s'inspirant de la CIM 11 (Certification Internationale des Maladies).

Pour le niveau de qualité globale de la formation sanitaire, le RAMU pourra conventionner avec la formation sanitaire selon un certain niveau de qualité (il faut un minimum de qualité pour être conventionné). La catégorisation de la formation sanitaire aura également un effet sur le niveau de la tarification et par conséquent sur le montant à rembourser par l'AMU.

7.3.5 Régulation des prestataires des services de santé privés

Au niveau de la régulation, certaines structures privées ne respectent pas les normes définies par le Ministère de la santé. En plus, les cliniques privées utilisent des prestataires du public entraînant ainsi des conflits d'intérêts.

Défi 17 : Meilleure régulation du secteur privé.

²⁵ Cf. pilote PAPS-AMU avec une catégorisation en A, B ou C des CSPS et CMA.

Mesure 17: Assurer une meilleure régulation des activités du sous-secteur sanitaire privé y compris celles exercées par le personnel émargeant au niveau du secteur public

Il s'agit de renforcer la régulation au niveau des structures privées de soins afin de faire respecter la réglementation en vigueur (y compris le contrôle des prestataires publics qui exercent dans le privé).

VIII. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

8.1 Valeurs

La stratégie nationale de financement de la santé repose sur les valeurs que sont : (i) le droit à la santé pour tous, (ii) la responsabilité et le leadership, (iii) l'équité, la justice sociale, l'éthique et la bonne gouvernance, (iv) l'efficacité et l'efficience, (v) la solidarité, le partage du risque et la non exclusion.

8.2 Principes directeurs

La SNFS repose sur les principes fondamentaux que sont : (i) l'accès équitable à des soins de santé de qualité à des coûts abordables selon les besoins ; (ii) la disponibilité de l'offre de soins de santé à la population entière ;(iii) la pérennité du mécanisme de financement de la santé et (iv) la protection contre le risque financier.

VIII. MESSAGES POLITIQUES CLES

Pour réussir la mise en œuvre de la SNFS, une campagne de plaidoyer sera nécessaire pour la faire connaître. Les cinq (5) messages politiques²⁶ clefs identifiés sont :

1. **Transparence et partage de l'information, dialogue intersectoriel et coordination des partenaires.**

Les acteurs de la CSU dans leur ensemble doivent développer une culture de transparence et d'échanges. Au sein des groupes d'acteurs (administration de l'Etat, PTF, société civile), le choix du partage doit s'imposer contre les logiques de rétention d'information et de propriété de l'action. La CSU se construira par un effort accru en matière de dialogue intersectoriel et de coordination des partenaires.

2. **Engagement et redevabilité du personnel de l'administration du secteur de la Santé**

Il s'agit de l'amélioration de la responsabilité, du leadership, du management et de la recherche de résultats. Le paradigme du changement est l'homme et son comportement. En lieu et place de « que faut-il faire ? », on posera l'interrogation suivante : « comment puis-je pleinement participer à la réussite de ce défi ? ».

3. **Approche centré sur le patient et humanisation dans l'offre de soins.**

Il s'agit de susciter une participation responsable à la production de soins et une relation de qualité avec le patient.

4. **Engagement et responsabilité de la société civile :**

La société civile est une force sur laquelle les usagers de la santé et l'Etat lui-même doivent pouvoir compter en matière de transparence, d'analyse critique et de force de proposition.

La « redevabilité sociale » que porte la société civile a deux champs d'action pour ce qui concerne la CSU : la qualité des soins et l'utilisation des fonds publics et privées (ménages).

²⁶ Cette partie s'intéresse aux changements *adaptatifs* et constituent les messages de la stratégie à privilégier à la fois au niveau politique et à destination du grand public. (Fullan - 2003, 2005 - citant Heifetz et Linsky – 2002) ».

5. . Prendre soin de sa santé

Il s'agit de promouvoir la santé et prévenir la maladie à travers une responsabilité individuelle et collective. Afin de minimiser le paiement direct et les dépenses catastrophiques, les comportements individuels et collectifs devraient s'orienter vers l'objectif « de ne pas tomber malade ».

A ce niveau, les actions pertinentes à entreprendre sont celles de la prise en charge de soi par soi-même:

- i. avoir une bonne hygiène et mode de vie (Accident de la route, alcool, cigarettes, stupéfiants, sédentarité, stress, alimentation déséquilibrée sont les maux de demain) ;
- ii. avoir un environnement sain (hygiène et assainissement du milieu de vie) ;
- iii. éviter les facteurs socio-culturels néfastes (tabous alimentaires, excision, autres pratiques traditionnelles néfastes) ;
- iv. maîtriser les facteurs biologiques néfastes (maladies héréditaires).

IX MISE EN OEUVRE ET SUIVI-EVALUATION DE LA SNFS

IX.1. Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la SNFS repose sur la stabilité des institutions, la sécurité, le respect des engagements pris, l'adhésion de la population et des partenaires aux réformes, la collaboration intersectorielle, la culture du civisme et la bonne gouvernance.

IX.2. Analyse des risques

L'environnement national, sous régional et international est porteur de risques à minimiser pour la réussite de la mise en œuvre de la stratégie entre autres le risque financier, les catastrophes naturels, les troubles sociopolitiques et les attaques terroristes.

IX.3 Matrice de performance/Indicateurs 2017-2030

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2011-2020, l'Etat et ses partenaires techniques et financiers ont mobilisé des ressources financières.

Pour amorcer la 2^{ème} phase de ce PNDS qui prend en compte les objectifs du PNDES et ceux des ODD (Objectifs du Développement Durable), une matrice de performance a été élaborée (cf annexe n°2) pour servir de nouveau point de départ et fixer des indicateurs pour suivre la mise en œuvre de la SNFS.

IX.4 : Mise en œuvre

La mise en œuvre sera faite par tranche de 4 ans

IX.5 : Suivi et évaluation

➤ Dispositif institutionnel du suivi

Plusieurs ministères techniques et institutions sont chargés de mener des interventions diverses dans le cadre de la mise en œuvre de la présente stratégie de financement de la santé. Ces acteurs sont (i) le Ministère de la santé, (ii) le Ministère de la fonction publique, du Travail et de la protection sociale, (iii) le Ministère de l'économie, des Finances et du développement, (iv) le Ministère en charge de l'action sociale, (v) le Ministère de l'administration territoriale (vi) les autres ministères techniques, (vii) le secteur privé, (Viii) la société civile et (ix) les Partenaires Techniques et Financiers :

- Le Ministère de la santé est chargé de coordonner l'ensemble du processus et d'organiser la plateforme. Il assure la régulation du secteur et organise l'offre de services, ainsi que le suivi et l'évaluation ;
- Le Ministère de la fonction publique, du travail et de la sécurité sociale veille à la synergie des interventions entre la stratégie de financement et la politique nationale de protection sociale (AMU) ;
- Le MINEFID joue le rôle de mobilisation et de répartition des ressources. Il devra accompagner le Ministère de la Santé en matière de décaissement et dans l'amélioration de la gestion des ressources mises à sa disposition par le Gouvernement et ses principaux bailleurs ;
- Le Ministère en charge de l'action sociale achète les services pour les indigents et les plus vulnérables et le suivi/évaluation de leur prise en charge ;
- Ministère de l'administration territoriale assure la gestion des ressources transférées dans le cadre de la décentralisation et contribuera à la mobilisation des ressources ;
- Les autres Ministères connexes appuient et accompagnent la mise en œuvre de la stratégie, chacun selon son domaine de compétence. Ils devront être impliqués dès la préparation, la mise en œuvre et le suivi évaluation de la stratégie de financement en vue de son appropriation par les différentes autorités gouvernementales et l'alignement des priorités aux allocations du budget de l'Etat consacré à la santé ;
- Le secteur privé participe à la mise en commun des fonds à travers son réseau d'assurances et de mutuelles. Il fournit également des prestations via les établissements sanitaires lucratifs et non lucratifs, selon les clauses des conventions établies avec l'Etat ;
- La société civile aura un rôle à jouer dans la mobilisation des ressources, l'appui à l'offre des soins et aux initiatives locales de santé en vue d'un meilleur accès des populations aux soins et services offerts ; elle aura également un rôle à jouer dans le cadre de la veille citoyenne en vue de renforcer la redevabilité ;
- Les partenaires appuient techniquement et financièrement le processus conformément à la présente stratégie. Ils aident le Ministère de la Santé à mieux coordonner les interventions notamment en matière de planification, de pilotage, de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

➤ **Mécanismes de Suivi et d'évaluation**

La stratégie de financement de la santé fera l'objet d'un suivi et évaluation conjointe avec toutes les parties prenantes ci-dessus citées. Ce suivi concernera la liste des indicateurs retenus pour permettre de vérifier l'atteinte des résultats escomptés (voir matrice de performance).

Le mécanisme de suivi et d'évaluation de la stratégie de financement de la santé fera partie intégrante du cadre de suivi et d'évaluation du PNDS 2011-2020 à travers les sessions des revues sectorielles, des cadres sectoriels de dialogue, les conseils d'administration, les comités techniques régionaux de santé et les conseils de santé de district. L'équipe fonctionnelle "gestion intégrée de la mobilisation, de l'allocation, de l'information et du redéploiement des ressources sanitaires" pourra être sollicitée pour mesurer l'état d'avancée de la mise en œuvre de la stratégie.

Il sera prévu une évaluation interne qui se fera lors des rencontres des comités de suivi qui appréciera le niveau d'atteinte des résultats et décidera des actions correctrices en cas de besoin. Une évaluation externe de la SNFS se fera en 2020, période correspondant à la fin de la mise en œuvre du PNDS 2011-2020 et en 2025, période correspondant à une mise en œuvre à mi-parcours du future PNDS pour prendre des décisions correctives nécessaires à l'atteinte des objectifs de la SNFS.

L'évaluation finale est prévue en 2030 pour tirer les leçons et projeter l'élaboration de la prochaine SNFS 2030-2040.

CONCLUSION

La mise en œuvre effective de la stratégie nationale de financement de la Santé au Burkina Faso permettra aux populations en général et celles vulnérables en particulier d'avoir un accès facile aux soins de santé. Une appropriation de cette nouvelle stratégie s'avère nécessaire et pour cette raison, une large diffusion ainsi qu'un suivi régulier permettront un succès total dans sa mise en œuvre. Dans un contexte de rareté des ressources une bonne mobilisation ainsi qu'une bonne gestion de celles-ci restent des aspects primordiaux.

La mise en œuvre de cette stratégie demande le leadership de l'Etat, l'engagement des PTF et des Collectivités, l'accompagnement des OSC, des Privés et une pleine participation des communautés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) _Bilan diagnostique sur le profil du secteur privé de la santé au Burkina Faso ; Organisation Ouest africaine de la santé (OOAS) ; rapport d'étude ; 2014.
- 2) Annuaire statistique 2012 du Ministère de santé ; Ouagadougou ; 2012 ;
- 3) Rapport des comptes nationaux de la santé du Burkina Faso ; Ouagadougou MS ; 2011 ; 2012 ; 2013 ; 2014.
- 4) La loi n°60-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso ;
- 5) Modélisation financière et actuarielle du système national d'assurance maladie au Burkina Faso ; Ministère de la fonction publique du travail et de la sécurité sociale ; novembre 2012.
- 6) Rapport des états généraux des hôpitaux ; 2016
- 7) Enquête STEP
- 8) Rapport de l'enquête SARA
- 9) Rapport de l'analyse de la situation du financement de la santé au Burkina Faso ;
- 10) Rapport de l'étude sur les flux financiers dans les CSPPS et CMA au Burkina Faso
- 11) Plan National de Développement Economique Et Social ; 2016-2020
- 12) Rapport d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2020
- 13) Projections démographique nationale 2007-2020 INSD
- 14) Rapport de la revue sectorielle santé nutrition 2016
- 15) Rapport de l'enquête multisectorielle continue 2014 INDS
- 16) Rapport 2014 du Programme des nations unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain
- 17) Politique nationale de protection sociale (PNPS) à l'horizon 2023
- 18) IAP/DGEP/MINEFID, 2015
- 19) Lois des finances 2017 du Burkina Faso
- 20) EDS 2010
- 21) Politique de financement de la santé du Burkina Faso ; 2007
- 22) francophone sur la Couverture sur la CSU/OMS, groupe BM Rabat MAROC, juin 2016
- 23) décret n°2009-108/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 03 mars 2009 portant transferts de compétences et de ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé.

- 24) RABO n° AN VII 309/FP/MPSAN-AS/SEFB/SG/DCP du 15 Juin 1990 portant modalités de gestion des recettes de la tarification dans les formations sanitaires de l'Etat
- 25) Rapport EN-PSQD, 2013
- 26) Greenfield D et al.,2012 ; De Walcque C et al.,2008
- 27) Duysburg, 2013
- 28) Rapport statistique de l'OMS 2015
- 29) Fullan - 2003, 2005 - citant Heifetz et Linsky – 2002

Annexes

1. Cadre d'analyse OMS²⁷

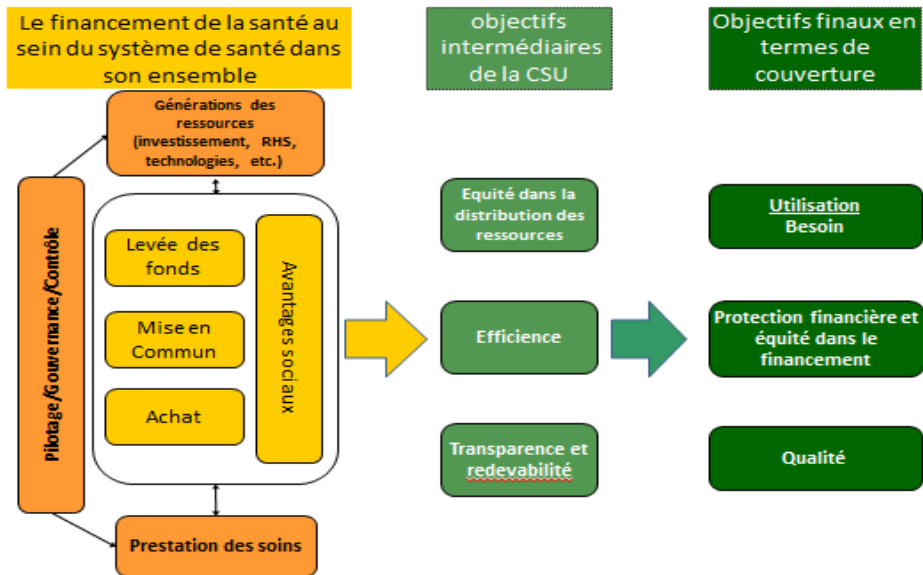


Figure 3 : Cadre d'analyse de la SNFS (OMS)

²⁷ http://www.who.int/health_financing/policy-framework/en/

2. Indicateurs de suivi

Tableau n° 2: Matrice de performance 2017-2030²⁸

Indicateurs de performance	Données de base		2017	2020	2025	2030
	Année	Valeur				
Indicateurs de mobilisation/Mutualisation/Achat						
Dépenses Totales de Santé en % du PIB*	2015	6.1	6.1	≥8	≥8	≥10
Pourcentage du budget de l'Etat alloué au ministère de la santé	2015	12,15	11,84	>12%	>12%	>12%
Pourcentage de dépenses courantes de santé affectées au niveau des districts sanitaires	2015	59,4	70	≥70	≥70	≥70
Taux d'absorption des ressources financières allouées (%)	2015	86,5	≥85	≥85	≥85	≥85
Taux d'autofinancement des EPS (%)	2015	23,7	≥20	≥30	≥40	≥50
Ressources extérieures en santé en % des dépenses Totales de Santé*	2015	26,80%	26,80%	26,80%	26,80%	26,80%
PIB Nominal (milliards de FCFA)	2015	6 320	7 484	9 219	12 118	16 357
Part allouée à l'AMU et exemptions dans le budget de l'Etat (B)	2015	NA	1%	2,50%	3%	5.2%
Païement direct des ménages dans le total des dépenses de santé	2015	34,20%	32%	30%	25%	≤20%
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	2015	26,60%	28%	30%		
Dépenses de santé par habitant (FCFA)	2015	21 141				
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé	2015	27,10%				
Indicateurs d'effets						
Pourcentage de DRD n'ayant pas de rupture en médicaments (traceurs)	2015	76,97%	>95%	>95%	>95%	>95%
Rayon moyen d'action théorique (Km)	2015	6,81	6,5	5	5	5
% de formations sanitaires accrédités/certifiées	2015	NA	0%	70%	85%	100%
Indicateurs d'impact						
Ratio de Mortalité maternelle (pour 100.000)	2015	330				
Taux de Mortalité infantile (pour 1000)	2015	42,7		<30%		
Taux de Mortalité néonatale (pour 1000)	2015	23,2				
Taux de Mortalité infanto juvénile (pour 1000)	2015	81,6		54,70%		
Taux de couverture de la population par l'AMU	2015	0%	0%	47%	70%	100%

²⁸ Projection sur base des Comptes de Santé 2015 et de l' IAP

3. Cadre logique de la SNFS

Tableau n°3: Cadre logique axé sur les résultats du SNFS			
RESULTATS	INDICATEURS DE PERFORMANCE	SOURCES	RISQUES
Accroissement des ressources financière et accessibilité financière des populations aux services de santé			
- Des ressources financières sont mobilisées et mutualisées	Dépenses Totales de Santé en % du PIB	- Compte de santé, - documents d'estimation et de programmation des richesses du Burkina Faso du MEF - Rapports financiers de la DAF santé	- Instabilité politique ; - Faible financement du PNDES et du PNDS
	PIB Nominal (milliards de FCFA)		
	Pourcentage du budget de l'Etat alloué au ministère de la santé		
	Part allouée à l'AMU et à l'exemption dans le budget de l'Etat		
	Pourcentage de l'aide au développement pour la santé inscrit au budget de l'Etat		
	Taux d'autofinancement des EPS		
- La capacité d'achat des prestations sanitaires est assurée - les paiements directs sont réduits	Dépense de santé des ressources extérieures % dans les dépenses Totales de santé		
	Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé		
	Dépenses de santé des ménages en % dans le total des dépenses de santé		
	Dépenses de santé par habitant		
	Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé		
	Pourcentage de dépenses courantes de santé affectées au niveau des districts sanitaires		
- le niveau d'absorption des ressources allouées pour la santé est satisfaisant	Taux d'absorption des ressources financières allouées		
Impact			
L'état de santé des populations est amélioré	Taux de mortalité générale	EDS ; EMC/EMDS Enquête SMART RGPH	- Instabilité politique ; - Faible financement du PNDES et du PNDS
	Ratio de Mortalité maternelle		
	Taux de Mortalité infantile		
	Taux de Mortalité juvénile		
	Taux de Mortalité néonatale		
	Taux de Mortalité infanto juvénile		

	Indice Synthétique de Fécondité		
	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans		
	Taux de Couverture vaccinale complète chez les enfants de 12-23 mois		
	Taux de couverture de la population par l'AMU		
<i>EFFETS</i>			
Les médicaments sont disponibles dans les structures de soins	Pourcentage de DMEG n'ayant pas de rupture en médicaments (traceurs)		<i>Respects des engagements en matière d'approvisionnement en médicaments</i>
L'accessibilité géographique des populations aux soins de qualité est améliorée	Rayon moyen d'action théorique (Km)	Annuaire statistique du Ministère de la santé	<i>Respect de la carte sanitaire Assurance qualité des soins</i>
	% de formations sanitaires accrédités/certifiées		
	Nombre de nouveaux contacts par enfant de moins de 5 ans et par an		
L'offre de services de santé de qualité est améliorée	Prévalence du VIH	Rapport annuel: PNLT, Rapport SP/CNLS-IST, Rapport PNLP Annuaire statistique du Ministère de la santé	<i>Résistance des populations aux mesures de prévention</i>
	Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans		
	Létalité due au paludisme grave chez les femmes enceintes		
	Couple année protection		

4. Liste des membres du comité de rédaction et des personnes ressources

NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	EMAIL
MEMBRES		
ZONGO Aloys	DGESS	zaloys@yahoo.fr
TIENDREBEOGO Tahirou	DGESS	tahirouutt@yahoo.fr
AKOTIONGA Edouard	DFP	ekotionga@yahoo.fr
OUEDRAOGO Arzouma	DPPO	lioneldas@yahoo.fr
BIGEARD Alexis	OMS	bigearda@who.int
YAMEOGO S. Pierre	DES	yampite@gmail.com
YAMEOGO/SAVADOGO Safoura	DAF	safano01@yahoo.fr
TOU/NANA Aminata	MINEFID	Aminata.nana@yahoo.fr
SANOOU Alphonse	ST/AMU	Alphonse_sanou@yahoo.fr
PERSONNES RESSOURCES		
DIPAMA S. Sylvain	DGESS	dipamas@yahoo.fr
OUEDRAOGO Bassirou	DFP	bassirououedraogo@yahoo.fr
BAH Oumar	AT/PAPS UE Lot3	barouwel@yahoo.fr
ZAMPALIGRE Fatimata	OMS	zampaligref@who.int
CALLEWAERT Bart	UE/ Délégation	bart.callewaert@eeas.europa.eu
TRAORE Adama	CRSN	Traore69ta@yahoo.fr
YE Maurice	CRSN	yemaurice@gmail.com
OUATTARA Baly	Banque mondiale	balouatt@yahoo.fr
SEYNOU Saïbou	ST/AMU	seynou@yahoo.fr