

2^e Dialogue de CABRI sur le financement de la Santé

Étude de cas : Financement de la Santé au Burkina
Faso, entre équité et efficacité?

Luize Guimaraes

Cette évaluation a été effectuée par *Oxford Policy Management*. Le responsable de projet est John Kruger. Les autres membres de l'équipe sont Tomas Lievens, Luize Guimaraes et Clara Picanyol. Pour des renseignements complémentaires, veuillez contacter John Kruger à john.kruger@opml.co.uk.

Nana Boateng est la correspondante (ou point de contact) du client et peut être contactée à: nana.boateng@treasury.gov.za.

Remerciements

Cette étude de cas a été élaborée afin d'être utilisée dans le cadre du Dialogue de CABRI sur « l'optimisation des ressources dans le secteur de la Santé : financement et gestion des dépenses en matière de santé ». Il s'agit du 2^e Dialogue de CABRI sur l'optimisation des ressources dans le secteur de la Santé. L'équipe réunie pour soutenir le dialogue est dirigée par John Kruger. Elle comprend également les membres suivants : Tomas Lievens (expert dans le domaine de la santé), Luize Guimaraes (chercheur dans le cadre de l'étude de cas) et Clara Picanyol (chercheuse pour la deuxième étude de cas du dialogue).

Les études de cas réalisées pour ce dialogue n'ont pas la prétention de présenter un rapport de recherche. Elles ont comme objectif de présenter un cas concret et de permettre aux participants d'appliquer aux situations réelles, les approches, les concepts, les cadres et les outils présentés dans les rapports principaux. Les études de cas ont pour objet d'exposer un véritable problème aux participants, que ceux-ci devront aborder et résoudre, en utilisant les informations présentées dans cette étude, la connaissance acquise à partir de la présentation faite pendant le séminaire et en faisant également appel à leur expérience.

L'étude de cas a été élaborée par le truchement d'un premier examen de recherche documentaire et d'une visite effectuée dans le pays pour s'entretenir avec le personnel qui a participé à la conception et à la mise en œuvre de la politique relative au secteur de la Santé au Burkina Faso.

L'auteur aimerait remercier tout particulièrement Amadou Sangara pour son soutien, et Dr Sankara pour bien avoir voulu exprimer ouvertement ses opinions, ainsi que toute personne qui s'est rendue disponible pour fournir des informations et faire part de ses réflexions pour cette étude de cas. L'auteur est particulièrement reconnaissant envers Gabriel Compaore pour son accueil et son soutien tout au long de la mission sur le terrain. L'auteur remercie finalement Tomas Lievens pour son aide et relecture.

Les erreurs d'interprétation ou de faits n'engagent que la responsabilité de l'auteur.

Cette évaluation a été effectuée par *Oxford Policy Management*. Le responsable de projet est John Kruger. Les autres membres de l'équipe sont Tomas Lievens, Luize Guimaraes et Clara Picanyol. Pour des renseignements complémentaires, veuillez contacter John Kruger à john.kruger@opml.co.uk.

Nana Boateng est la correspondante (ou point de contact) du client et peut être contactée à: nana.boateng@treasury.gov.za.

Sommaire

Remerciements	ii
Liste des tableaux et figures	2
Abréviations	3
1 L'étude de cas	5
2 Contexte financier et sanitaire du Burkina Faso à 10 ans des OMD	7
2.1 État de santé de la population Burkinabé	7
2.2 L'organisation de l'offre des soins primaires au Burkina Faso	8
2.3 Sources de financement du secteur de la santé	9
2.4 Coût d'accès aux soins au BF	12
3 Une réforme du financement de la santé	15
3.1 Les subventions aux Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)	15
3.2 L'impact de la politique SONU	21
4 Prochaine étape : entre équité et efficacité	26
4.1 Financement de la santé	26
4.2 L'achat des services de soins	28
4.3 La mise en œuvre d'une réforme de financement de la santé	30
5 L'exercice	31
Bibliographie	32
Annexe A Chronologie de l'élaboration des SONU	35
Annexe B Liste des personnes rencontrées	36

Liste des tableaux et figures

Figure 2.1	Principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans	8
Figure 2.2	Organisation Administrative et Technique du MS et des services de soins	9
Figure 2.3	Financement du secteur de la santé par sources en pourcentage du financement total	10
Figure 2.4	Évolution du budget de la santé sur la période 2007-2010	10
Figure 2.5	Taux d'exécution budgétaire du secteur santé sur la période 2008- 2010 en pourcentage du budget total	11
Figure 2.6	Contribution des partenaires au budget de la santé 2007-2010	11
Figure 2.7	Évolution de la part contributive des ménages aux dépenses de santé en sur la période 2003-2008	12
Figure 3.1	Complications obstétricales prises en charges dans les Formations Sanitaires par région	16
Figure 3.2	Liste détaillée des prestations subventionnées et leurs tarifs	18
Figure 3.3	Évolution du pourcentage des naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé de 2003 à 2010	21
Figure 3.4	Évolution de la moyenne du taux d'accouchement mensuels par CSPS dans 4 districts	22
Figure 3.5	Evolution du nombre moyen mensuel des accouchements assistés dans les districts d'intervention et les districts témoins	23
Figure 4.1	Synthèse du cadrage budgétaire (en million de FCFA)	26

Liste des encadrés

Encadré 1 : Mort maternelle	7
Encadré 2 : Définition de l'indigence au Burkina Faso	13
Encadré 3 : Sélection des interventions à gain rapides au Burkina Faso	16
Encadré 4 : Gratuité vs subvention des soins	17
Encadré 5 : Dépense catastrophique de santé, définition	23
Encadré 6 : Le financement du VIH-Sida au Burkina Faso	26
Encadré 7 : Les priorités du budget de l'État, gestion 2012	27

Abréviations

APD	Aide Publique au Développement
CABRI	Initiative africaine concerté sur la réforme budgétaire
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CARFO	Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CGAB	Cadre général des appuis budgétaires
CGAB	Cadre général de l'Appui Budgétaire
CHR	Centres hospitaliers régionaux
CMA	Centres médicaux avec Antenne Chirurgicale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Périnatale
CSPS	Centres de santé et de promotion sociale
DAF	Direction de l'Administration et des Finances
DEP	Direction des Études et de la Planification
DGB	Direction Générale du Budget
EDS	Enquête Démographique et de Santé
F CFA	Franc CFA
IB	Initiative de Bamako
IGR	interventions à gain rapide
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MM	Mortalité Maternelle
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisme Non Gouvernemental
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
SERSAP	Société d'Étude et de Recherche en Santé Publique
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TDH	Terre des Hommes

1 L'étude de cas

« Chaque année, plus de 2 000 femmes meurent au Burkina Faso¹ de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. La plupart de ces décès auraient pu être évités. Beaucoup de femmes meurent parce qu'elles n'ont pas pu bénéficier de transfusion sanguine en raison de la pénurie de sang. D'autres meurent des suites d'un travail obstructif, d'infections ou d'hypertension, parce qu'elles n'ont pas eu la possibilité de parvenir à temps dans un centre de santé capable de les traiter, ou parce qu'elles sont arrivées trop tard. Beaucoup d'entre elles perdent la vie parce que leurs proches ne peuvent pas payer les frais demandés par le personnel médical. Un plus grand nombre encore ne parviennent jamais aux centres de santé en raison d'obstacles géographiques, financiers ou culturels. (Amnesty International, 2009)»

Si la situation sanitaire du Burkina Faso s'est améliorée depuis les 10 dernières années, le pays est encore loin de son Objectif du Millénaire (ODM) 4, réduire la mortalité infantile et 5, améliorer la santé maternelle ; le coût d'accès aux services de soins apparaît comme l'une des barrières principales à l'amélioration de la santé des burkinabés.

Depuis 2005, l'État burkinabé a significativement augmenté le budget du secteur et des subventions ont été introduites pour certains soins prioritaires de sorte à ce que ceux-ci ne nécessitent plus de paiement par l'utilisateur au niveau de la formation sanitaire. L'amélioration des indicateurs clefs se fait toutefois attendre et les comptes nationaux de santé montrent que la dépense des ménages (en termes absolus) pour les soins ne semble pas diminuer.

C'est dans ce contexte qu'un scandale a éclaté. Un article sur le bimensuel, « le Reporter », sorti le 11 mars 2011², crie au viol de la politique de subvention des soins obstétricaux, la SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence). « Selon cette loi [la SONU], les usagers concernés devraient désormais payer une part très infime (10% dans certains des cas) des coûts de leurs soins, l'essentiel étant pris en charge par l'État. Mais quelques années après son entrée en vigueur, le constat sur le terrain est désolant. La cupidité de certains acteurs chargés de sa mise en œuvre et un certain laxisme caractérisé de l'autorité ont complètement dévoyé la dynamique de la subvention... ».

Des nouvelles élections législatives sont prévues en décembre 2012, et la Direction Générale du Budget (DGB) du Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) doit présenter un budget préliminaire en juillet car les parlementaires veulent connaître les chiffres pour préparer leurs campagnes. La Santé est un des secteurs sur le devant de la scène, surtout depuis que les journaux ont accusé publiquement le faible impact des augmentations budgétaires au profit du secteur.

Un groupe de travail a été formé pour élaborer des recommandations au Gouvernement sur la stratégie à adopter face aux attaques de la presse. Ce groupe est composé de techniciens du Ministère de la Santé (MS) et des Finances (MEF). Les deux catégories de techniciens souhaitent naturellement élaborer les meilleures recommandations possibles, mais leurs priorités ne sont pas tout à fait les mêmes.

- Le Ministère de la Santé se demande comment il peut utiliser l'opportunité des élections législatives de cette année pour l'aider à relever le défi de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM) au Burkina Faso ?

¹ Le taux de mortalité maternelle de 2008, ajusté : 560 pour 100 000 (UNICEF, 2008)

² L'article a effectivement été publié et les citations proviennent du texte. Il date de Mars 2011 (source: Le reporter, n 65, du 1er au 14 mars 2011: "subvention des accouchements et des soins obstétricaux – SOS on viole la loi".

- Le Ministère de l'Economie et des Finances pour sa part est inquiet de comment il devrait évaluer le budget du secteur de la santé et comment faire l'arbitrage budgétaire de cette année ?

Cette étude de cas présente d'abord la situation épidémiologique du pays, une brève description de l'organisation du système de soins primaire au Burkina Faso et de son financement, ainsi que le coût d'accès aux soins pour la population. Une deuxième partie présente les mesures de subventions qui ont été mises en place à partir de 2006 en réponse au contexte présenté ci-dessus, et une brève analyse de leurs impacts.

C'est dans ce contexte que le groupe devra réfléchir à des propositions de réformes de financements de la santé à mettre en œuvre pour améliorer la situation sanitaire du Burkina Faso.

2 Contexte financier et sanitaire du Burkina Faso à 10 ans des OMD

2.1 État de santé de la population Burkinabé

La **situation épidémiologique** est caractérisée par une prédominance des affections endémo-épidémiques qui représentent 40%, avec un taux de prévalence de paludisme chez les enfants (de 6-59 mois) de 66% (EDS, 2010).

La **situation de la santé de la femme** est marquée par une morbidité et une Mortalité Maternelle (MM) encore élevée, malgré une diminution considérable de 770/100 000 en 1990, à 560/100 000 en 2008³. Le rapport préliminaire de la plus récente Enquête Démographique et de Santé (EDS) suggère que le taux de MM sera passé à 300/100 000.⁴ Pour atteindre son ODM 5, le Burkina Faso doit atteindre un taux de MM de 193/100 000⁵.

Encadré 1 : Mort maternelle

On définit la mort maternelle comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme, quelle qu'en soit la durée ou le lieu, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés. Les raisons de décès peuvent être directes (causes liées à des complications obstétricales pendant la grossesse, le travail ou la période post-partum) ou indirectes. On relève cinq causes directes : hémorragie (en général post-partum), infections, éclampsie, travail dystocique et complications suite à un avortement. Les décès par cause obstétricale indirecte sont ceux qui résultent d'une condition préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans être due à des causes obstétricales directes, même si elle peut être aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

Source : UNICEF/UNFPA

Selon le MS, les causes obstétricales directes sont responsables d'environ 80% de ces décès; les hémorragies, les infections et les dystocies représentant à elles seules plus des deux tiers de ces causes obstétricales.⁶ Par ailleurs, le paludisme, l'anémie, le VIH/Sida et les hémoglobinopathies sont responsables de 20% des décès des femmes.

Les **taux de mortalité chez l'enfant** est de 129/1000⁷. Si les causes majeures de décès varient selon l'âge de l'enfant, les causes de morbidité et mortalité néonatales sont selon le MS, essentiellement les infections sévères et la prématurité/faible poids à la naissance. Le paludisme a lui seul est la cause de plus de 20% des décès. Par ailleurs, la malnutrition est alarmante : dans 54% des cas ces décès surviennent sur des terrains de malnutrition⁸. Le graphique ci-dessous présente les principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans :

³ OMS, UNICEF, FNUAP, BM, 2010 ; http://www.unicef.org/french/infobycountry/burkinafaso_statistics.html

⁴ Données sur le site de l'OMS, mis à jour en Mai 2012 ; <http://www.who.int/gho/countries/bfa.pdf>

⁵ L'objectif, à atteindre en 2015, est de réduire le taux de 1990, de 770/100 000 de ¾ .

<http://unstats.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=553&crd=854>

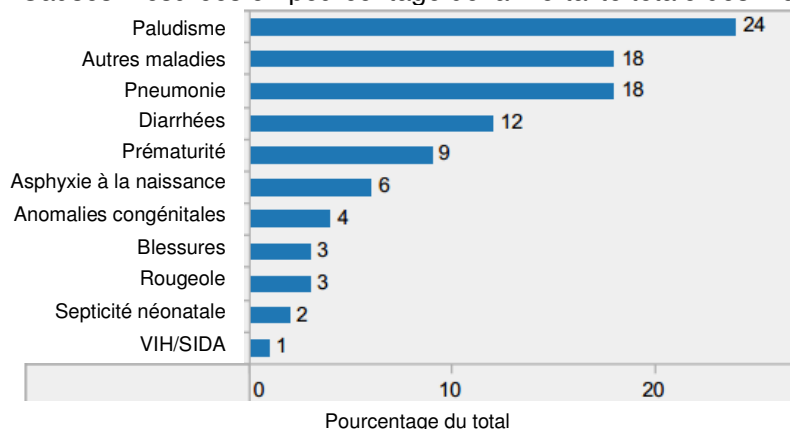
⁶ Ministère de la Santé, Plan National Stratégique, 2011- 2020

⁷ EDS, 2010

⁸ Ministère de la Santé, Plan National Stratégique de la Santé, 2011- 2020

Figure 2.1 Principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans

Causes mesurées en pourcentage de la mortalité totale des moins de 5 ans



Source: OMS, 2012⁹

Une récente simulation montre que la mortalité infantile pourrait être baissée de 20% au Burkina Faso, si les enfants étaient plus largement et rapidement pris en charge pour le paludisme, les infections respiratoires et les diarrhées (J. Bryce et al, 2010). Or, la récente Enquête Démographique et de Santé (EDS)¹⁰ montre qu'en 2010, seulement la moitié des enfants ayant eu un de ces trois symptômes a tenté de rejoindre un centre de santé. L'accès aux soins apparaît donc comme une des principales barrières pour améliorer les indicateurs de santé des enfants.

2.2 L'organisation de l'offre des soins primaires au Burkina Faso

La pyramide sanitaire au Burkina Faso s'organise autour de trois niveaux de soins comme le démontre la figure ci-dessous : primaire, secondaire et tertiaire.

- L'échelon tertiaire est représenté par les Centres hospitaliers universitaires (CHU). Deux de ces hôpitaux, le CHU Yalgado à Ouagadougou et le CHU de Bobo-Dioulasso, la deuxième ville du pays, disposent d'un service de maternité.
- Les soins secondaires sont assurés par les Centres hospitaliers régionaux (CHR), vers lesquels les patients sont orientés sur décision du personnel médical.
- Les soins primaires sont dispensés au niveau local par les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et, au niveau du district, par les Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA, hôpital de district). Les CSPS assurent un certain nombre de soins à la mère et à l'enfant, tout en proposant des activités de prévention et de sensibilisation. Les CMA constituent le premier échelon de la prise en charge des femmes enceintes présentant des complications¹¹.
- Les COGES, créés dans le cadre de l'autonomie de gestion accordée aux Formations Sanitaires (FS) afin d'améliorer leur fonctionnement ont pour objectifs : i) assurer un fonctionnement efficace des FS ii) promouvoir la participation des collectivités aux activités et iii) assurer une accessibilité de tous aux soins de santé. Parmi leurs responsabilités

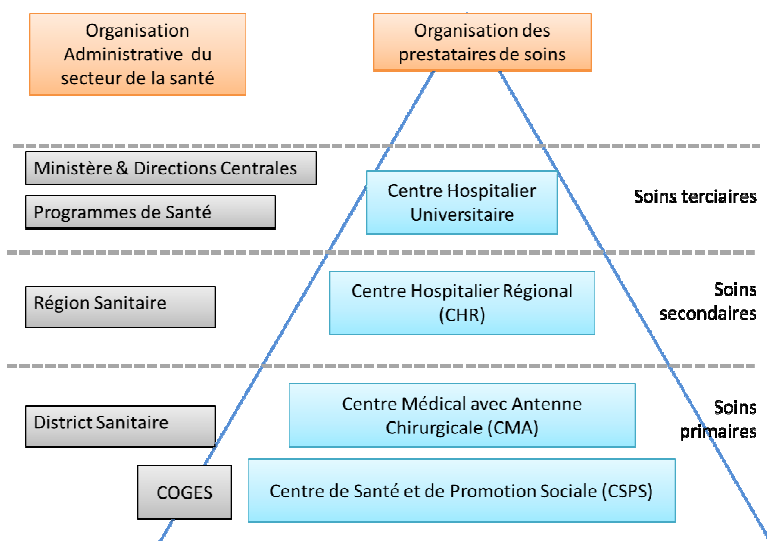
⁹ <http://www.who.int/gho/countries/bfa.pdf>

¹⁰ INSD, EDS, 2010

¹¹ En 2008 il y avait 1 352 CSPS et 42 CMA

principales ils sont donc chargés de : i) fixer les tarifs des actes médicaux ainsi que le prix des médicaments et ii) déterminer les modalités de paiement des soins de santé, ainsi que de décider des modalités d'utilisation des dotations de l'État, des dons et legs requis pour un bon fonctionnement de la formation sanitaire. Ils sont donc entre les prestataires de soins, la communauté et l'organisation administrative du secteur.

Figure 2.2 Organisation Administrative et Technique du MS et des services de soins

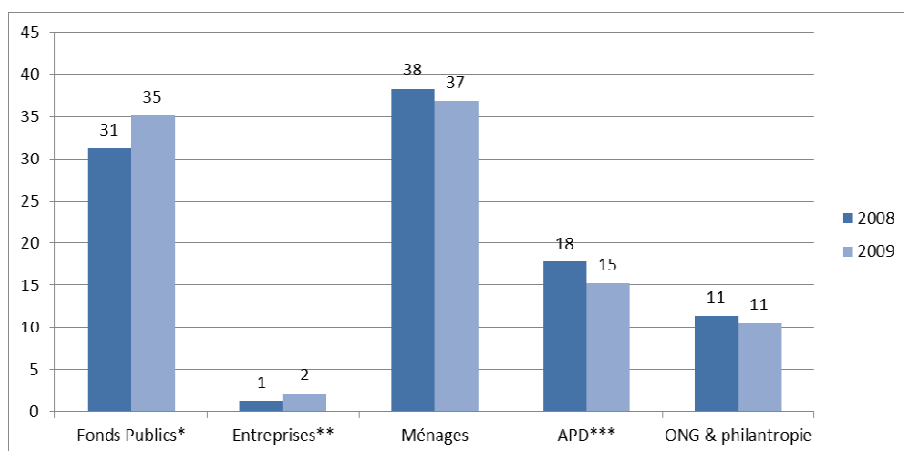


Source : OPM

A côté du secteur public présenté ci-dessus, il existe un secteur privé comprenant les cliniques privées à but lucratif qui sont en pleine expansion, les structures confessionnelles, les institutions de soins relevant d'associations et d'ONG à but non lucratif ainsi qu'un secteur pharmaceutique privé. La médecine et la pharmacopée traditionnelle jouent aussi un rôle important, notamment en zone rurale. Ces deux derniers secteurs ne sont cependant pas régulés et des données sanitaires ne sont pas disponibles.

2.3 Sources de financement du secteur de la santé

Comme le démontre le graphique ci-dessous, les premiers financeurs du secteur sont les ménages, même si leur part à un peu diminué de 2008 à 2009 ; le deuxième, avec une part croissante sont les fonds publics. Les plus petits financeurs sont, de loin, les entreprises.

Figure 2.3 Financement du secteur de la santé par sources en pourcentage du financement total

Source : OPM, fait à partir des données des CNS 2009 (publié en octobre 2011)

* Les fonds publics sont composés du budget de l'État, des fonds de l'administration centrale et des collectivités territoriales. En 2008 ils étaient respectivement de 80,95%, 18,95% et 0,1% ; et 2009 : 99,83%, 0% et 0,17%.

** Les financements des entreprises comprennent les entreprises privées et paraétatique

*** Les financements de l'APD comprennent les sources de coopération bilatérale et multilatérale

2.3.2 Le financement public : un budget croissant

Suite à la mise en œuvre des recouvrements de coût de l'IB, l'État s'est peu à peu désengagé du secteur de la santé au Burkina Faso. La part du budget est ainsi passée de 8,7% en 1970 à 2,4% en 1995 (A. Meunier, 2000). Depuis la déclaration des ODM, cette tendance s'est inversée et les dépenses publiques pour le secteur de la santé ont significativement augmenté à travers les fonds publics. La part du budget sectoriel santé dans le budget général est de 11,48 % (en 2011), pour un objectif 2012 fixé à 12,60% en référence aux critères du Cadre Général des Appuis Budgétaires (CGAB).

Figure 2.4 Évolution du budget de la santé sur la période 2007-2010¹²

Montants en millions de F. CFA

2007	2008	2009	2010 (Prev.)
101 667	98 768	119 130	137 177

Source : lois des finances 2007-2008-2009-2010 et plans d'actions annuels 2007-2008-2009-2010

Par ailleurs, le taux d'exécution du budget de l'État est élevé. Contrairement à d'autres pays d'Afrique Sub-Saharienne, le MEF ne peut accuser le MS d'incapacité d'absorption des fonds alloués.

Ce fort taux d'exécution est facilité grâce à la mise en œuvre des réformes et des mesures d'accompagnement développées par le ministère de l'économie et des finances, comme¹³ la mise en œuvre du nouveau circuit de déblocage de fonds

¹² Le budget présenté prend en compte la contribution des partenaires sous forme d'appui budgétaire global.

¹³ CDMT 2012

Figure 2.5 Taux d'exécution budgétaire du secteur santé sur la période 2008- 2010 en pourcentage du budget total ¹⁴

2008	2009	2010
113%	103.3%	99.10%

Source : lois des finances 2007-2008-2009-2010 et plans d'actions annuels 2007-2008-2009-2010

Note : le taux d'exécution peut être au-dessus de 100% du à la renégociation du budget en milieu d'année.

En ce qui concerne le respect de l'engagement des 15% pris à Abuja il existe des chiffres contradictoires. En comptant les financements des programmes verticaux et la récente subvention pour la trithérapie, certaines statistiques suggèrent que le Burkina Faso aurait atteint l'objectif des 15% (en 2008 et 2009, avec des proportions respectives de 15,22% et 15,46%). Ces données comptent également toutes les inscriptions budgétaires d'autres ministères et institutions liées à la santé¹⁵). Par ailleurs, sur les tableaux de bord de la déclaration d'Abuja le Burkina Faso n'a pas atteint l'objectif. Il s'agit de prendre ces informations avec précaution ; ce qui est sûr c'est la croissance du financement public au profit du secteur.

2.3.3 L'Aide Publique au Développement pour le secteur de la santé, un appui important, des agendas contradictoires

L'Aide Publique au Développement (APD) au Burkina Faso est en progression continue depuis 2000 ; elle représente aujourd'hui environ 50% des ressources gouvernementales. Elle a quasiment doublé entre 1997 (396 millions de dollars US) et 2007 (862 millions de dollars US) (OCDE, 2010). Considéré comme un secteur social de choix dans le cadre de l'atteinte des OMD, le secteur de la santé bénéficie d'une part considérable de cet appui sous 3 formes principales :

- Un « appui budgétaire global » fourni afin de soutenir le Cadre stratégique de la lutte contre la pauvreté.
- Un financement du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) 2008-2012, géré sous forme de « panier commun ».
- Des appuis directs faits par des projets ou par des partenaires spécifiques.

Figure 2.6 Contribution des partenaires au budget de la santé 2007-2010¹⁶

Montants en millions de F CFA

2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%) Prev.
41 292	75 871	117 952	124 236

Source: lois des finances 2007-2008-2009-2010 et plans d'actions annuels 2007-2008-2009-2010

Amnesty Internationale (2009) estime que selon les dernières données officielles disponibles, le financement des bailleurs a contribué en 2006 à 37,69 % des dépenses de santé de la reproduction, ce qui comprend la santé maternelle et la planification familiale.

¹⁴ Ce taux d'exécution n'intègre pas les financements extérieurs et les dépenses communes interministériels.

¹⁵ CDMT 2012

¹⁶ Dans la mesure où la contribution des partenaires sous forme d'appui budgétaire global apparaît également dans le budget présenté, le pourcentage de l'APD en santé n'est pas calculé, car il pourrait porter à confusion.

En ce qui concerne la subvention de certains services de santé, la communauté internationale est partagée et des pressions contradictoires sont exercées sur le Gouvernement. De manière générale, il semblerait que les bailleurs n'appuient pas unanimement l'abolition complète de la politique du recouvrement des coûts et défendent qu'une allocation sur d'autres secteurs des financements publics serait plus efficace sur le long terme¹⁷. Sur cette base, certains défendent un investissement prioritaire sur le secteur de la croissance, du travail et du développement économique. Certains acteurs du développement, actifs dans le pays, accusent au contraire le Ministère de la Santé de ne pas introduire l'accès aux soins à coût zéro pour tous les patients et/ou au moins pour tous les indigents.¹⁸

2.4 Coût d'accès aux soins au BF

2.4.1 Cout des soins : une barrière d'accès

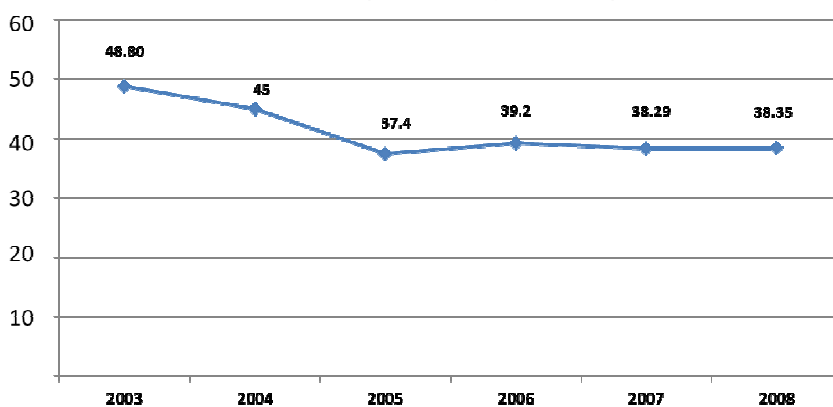
Au Burkina Faso très peu d'individus disposent d'une protection sociale à travers la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO). Cette protection, limitée aux travailleurs du privé et public ne bénéficie pas d'une couverture sanitaire. Un système d'assurance maladie publique n'existe pas encore ; la couverture sanitaire actuelle se limite donc aux initiatives communautaires et à des particuliers du secteur privé. Les modèles d'assurance communautaire qui existent existent (mutuelles de santé à base communautaire, système de partage des coûts) dans certains districts du pays ne couvrent qu'une très petite partie des soins offerts par les structures sanitaires.

Le coût pour les ménages au niveau du prestataire de soins est donc élevé par rapport aux moyennes recommandées par l'OMS. Cette dernière stipule que les dépenses directes des ménages pour la santé ne devraient pas dépasser les 34 \$ par habitant par an ; au Burkina Faso il est estimé que la dépense moyenne par habitant est de 37\$ par an.

Comme le montre la figure ci-dessous, la part contributive des ménage aux dépenses de santé se sont réduites entre 2003 et 2008, elle reste cependant au-dessus de la moyenne recommandée par l'OMS comme le montre le graphique ci-dessous.

Figure 2.7 Évolution de la part contributive des ménages aux dépenses de santé en sur la période 2003-2008

La contribution est mesurée en pourcentage des dépenses totales de santé



¹⁷ Entretien à Ougadougou avec le ministère de la Santé, mai 2012.

¹⁸ Il n'existe cependant pas de critère de sélection des indigents clairement défini au Burkina Faso.

Source : Ministère de la Santé, PNDS 2011- 2020, basé sur les Comptes Nationaux de la Santé de 2008

Malgré l'introduction des mesures de gratuité et de subvention de certains soins, la contribution des ménages a atteint 84 244 millions de FCFA en 2007 et 97 504 millions de FCFA en 2008. Ces chiffres sont en réalité une sous-estimation car ces données ne prennent pas en compte les dépenses des ménages dans le secteur privé de la santé qui n'est pas connue.¹⁹ Par ailleurs les coûts indirects d'accès aux soins ne sont pas comptés non plus.

Les ménages constituent encore aujourd'hui la première source de financement des dépenses de santé au Burkina Faso (les données sont disponibles depuis les premiers Comptes Nationaux de la Santé - CNS de 2007).

2.4.2 Le cas des indigents

L'indigence dans le secteur de la santé est souvent assimilée à l'incapacité permanente à payer les soins de santé (Ridde V. et al, 2011). Au-delà de cette évidence, la prise en charge des indigents requiert des critères à la fois suffisamment précis, fiables et pratiques pour pouvoir être mis en application.

Encadré 2 : Définition de l'indigence au Burkina Faso

« L'indigent est une personne qui, par manque de façon temporaire ou définitive de ressources ou de sources de revenus du fait de facteurs structurels et/conjoncturels ne dispose pas de moyens personnels ou intra-familiaux pour satisfaire à ses besoins fondamentaux sans l'aide de tiers »

Source : comité de réflexion sur l'indigence, mai 2010 (Ministère de l'Action Sociale et de la Sécurité Nationale, MASSN – Burkina Faso)

Au Burkina Faso, 46,4% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté²⁰ selon les statistiques officielles. Les pouvoirs publics ont une grande difficulté à établir des critères de pauvreté et craignent de ne pas pouvoir couvrir tous les indigents si les critères sont trop inclusifs ainsi que les abus de certaines personnes ne se fassent passer pour indigentes pour profiter de ce dispositif (Ridde V., et al 2011).

Depuis la mise en place des politiques de recouvrement des coûts, suite à l'Initiative de Bamako toutes les mesures de financement de la santé introduite au Burkina Faso prévoient une couverture spéciale pour les indigents. Pourtant, malgré la prévision systématique de budget dans ce sens, la prise en charge effective des indigents n'est aujourd'hui toujours pas assurée de manière compréhensive. La principale raison est le manque de critères et de processus de sélection des indigents (Ridde V., et al 2011). Conclusion, l'enveloppe allouée aux indigents en 2006 représentant 20% de l'enveloppe allouée aux subventions (détails de la politique expliqué ci-dessous en partie 3), n'est donc aujourd'hui quasiment pas utilisée. Selon Amnesty International l'existence même de cette enveloppe est souvent ignorée.

Par ailleurs, les statistiques du pays démontrent une inégalité importante entre les quintiles en termes d'accès aux soins et de conditions sanitaires. Pour le quintile le plus pauvre : 39% des accouchements sont assistés ; pour le quintile le plus riche 91% le sont (R. Gwatkin, 2002). En ce

¹⁹ Ministère de la Santé, PNDS 2011- 2020

²⁰ Données provenant de MED et INSD, 2003

qui concerne la vente avoir/dettes : 80% des pauvres doivent vendre leurs avoir ou bien contracter des dettes pour avoir accès aux soins de santé, alors que 43% du quintile le plus riche se trouvent dans cette situation (Me K. et al, 2009 ; Union Européenne, 2010).

3 Une réforme du financement de la santé

3.1 Les subventions aux Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)

Dès 2003, le gouvernement burkinabé a reconnu qu'à l'exception de mise en œuvre de mesures radicales le pays n'atteindrait pas les OMD. Le rapport des progrès accomplis sur la voie des Objectifs du millénaire de cette année indiquait : «Cet objectif international semble très ambitieux pour le Burkina Faso qui, au regard des stratégies qu'il souhaite développer, ambitionne obtenir un ratio de 209 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2015 ».

C'est ainsi que depuis l'État a graduellement mis en place des subventions couvrant jusqu'à 100% des coûts pour les services préventifs suivants : la vaccination, la surveillance de la grossesse et la prise en charge du paludisme grave chez les moins de 5 ans et les femmes enceintes. Les ménages ne doivent également pas payer de frais au centre de santé pour la vaccination de routine pour les moins d'un an. Pour le paludisme et la Consultation Périnatale (CPN), les budgets sont entièrement supportés par l'État.

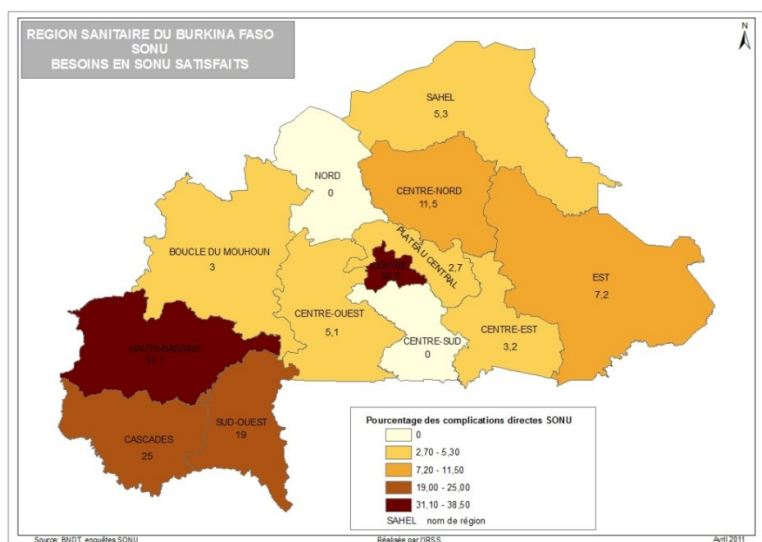
Il est difficile d'identifier un tournant particulier lorsque le Gouvernement du Burkina Faso a décidé de multiplier ces moyens pour la Santé Maternelle et Infantile. Face aux mauvais indicateurs de santé maternelle, une étude a été commanditée par le MS en 2005 pour déterminer combien cela coûterait à l'État de subventionner de manière plus importante ce secteur. Face à l'écart entre la mortalité maternelle et infantile du Burkina Faso et leur ODM, une pression de certaines institutions internationales, un engouement de la région pour la mise en place de la gratuité des soins, et les résultats de l'étude mentionnée ci-dessus arrivant au MEF quelques mois avant les élections de 2006, la décision des finances a été rapide. En mars 2006 le Gouvernement avait signé son engagement financier croissant pour s'attaquer à la Mortalité Maternelle et Infantile du pays par la réduction des barrières financières d'accès aux soins pour les services de santé maternelle et infantiles. Nous présentons ci-dessous (3.1) : i) comment la santé maternelle et infantile passent à recevoir une attention particulière au Burkina Faso ; ii) quelles mesures de financements de la santé ont été choisies pour mettre en place cette nouvelle politique, et iii) les détails de la mise en place des subventions. L'impact de cette politique sera ensuite analysé (3.2).

3.1.1 La définition des services prioritaires : santé maternelle et infantile

Au Burkina Faso, le Gouvernement a décidé de concentrer ses efforts en priorité pour les services de santé maternelle et infantile pour une série de raisons différentes, dont les indicateurs médiocres du pays, la pression internationale ainsi que les évidences sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile par les politiques de facilitation à l'accès aux soins, et l'augmentation du nombre d'accouchements assistés (V. Ridde et al, 2012).

Une évaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux montre que seul un très faible nombre des besoins estimé étaient pris en charge par les services publics.

Figure 3.1 Complications obstétricales prises en charges dans les Formations Sanitaires par région



Source : Ministère de la Santé, Évaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, couplée à la cartographie de l'offre de soins en Santé de la Reproduction au Burkina Faso, mimeo²¹

En ce qui concerne la santé maternelle, les principales raisons des importants taux de mortalité maternelle, nommées les « 3 délais » sont les suivantes: délai pour décider de se faire soigner, délai pour se rendre à un centre de santé, délai pour recevoir des soins une fois à l'intérieur du centre de santé (Thaddeus S., et al, 1994).

Par ailleurs, de nombreuses raisons expliquent les faibles indicateurs sanitaires du Burkina Faso dont: la mauvaise qualité des soins curatifs, l'insuffisance de motivation du personnel, les modalités d'introduction du recouvrement des coûts qui renforcent l'inaccessibilité financière aux services de santé, la quasi-absence de mécanismes de partage des risques, et le mauvais accueil des populations dans les formations sanitaires. La Stratégie Nationale des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) remarque que face à ces insatisfactions, les populations préfèrent recourir largement à l'automédication ou à la médecine traditionnelle et délaissent les formations sanitaires.

Face à ces constatations statistiques, le MS à Ouagadougou a défini une série de services, à partir d'évidences – entre autres de la série sur la réduction de la mortalité maternelle publiée par le Lancet en 2008 qui annonce les mesures à plus grands impacts et les interventions à gain rapide (IGR) pour réduire la MM et infantile. Soixante interventions à haut impact ont été retenues et quatorze « interventions traceurs » ont été sélectionnées pour assurer leur suivi.

Encadré 3 : Sélection des interventions à gain rapides au Burkina Faso

- Accouchement assistés (gestion active de la troisième phase d'accouchement)
- Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- Lavage des mains avec du savon
- Dépistage et prise en charge de la malnutrition

²¹ Il convient de remarquer que les statistiques officielles sont incomplètes, en particulier en raison d'un manque de données en ce qui concerne les zones rurales et de la non prise en compte des naissances et décès survenant en dehors des structures médicales.

- Gestion des faibles poids à la naissance
 - Consultation Périnatale recentrée (préparation à l'accouchement, VAT (Vaccin Anti Tétanique), fer acide folique, TPI (Traitement Préventif Intermittent), MILDA (Moustiquaire imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action), conseils nutritionnels, conseils/dépistages VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine), diabète, HTA (Hypertension Artérielle)
 - Prévention de la transmission mère et enfant du VIH
 - Prise en charge des affections de la mère pouvant affecter l'allaitement
 - Planification familiale
 - Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
 - Programme élargi de vaccination
 - Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)
 - Dépistages et prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles
 - Prévention des infections en milieu de soins
-

Ces interventions sont réparties en paquets de base et paquet complémentaires d'activités, définis selon les niveaux de services de soins.

3.1.2 La définition des moyens de financements : la subvention

Au Burkina Faso, les autorités ont privilégié la subvention au détriment de l'exemption, laissant une partie du prix des prestations à la charge de l'utilisateur. Ceci n'a pas été le résultat d'une décision scientifique, mais plutôt d'une préférence des décideurs. Nombre de décideurs et de cliniciens pensent à Ouagadougou qu'il est important que ce dernier se sente « responsabilisé » par ce paiement. En ce qui concerne la santé maternelle, le pays a procédé par étapes et de façon réfléchie pour le développement de la politique, à la différence de ces voisins.²²

Encadré 3 : Gratuité vs subvention des soins

La problématique évoquée ici est celle de la suppression du paiement direct au point de service en faveur des patients, c'est ainsi que le document parle de « gratuité des soins ». Il ne s'agit pas de gratuité car d'une part les patients peuvent devoir faire face à d'autres coûts d'accès aux soins, d'autre part cette exemption engendre des dépenses pour le système de santé qu'il faut prendre en charge. On parlera donc d'exemption du paiement direct pour les patients et de sa subvention par un tiers payeur.

3.1.3 L'élaboration de la politique et la mise en œuvre des SONU

À la différence de certains pays qui ont annulé le recouvrement des coûts de façon radicale suite à une déclaration politique, le Burkina Faso a procédé graduellement. Une chronologie de l'élaboration des SONU se trouve en annexe A.

En 2005, une politique de subvention des soins obstétricaux d'urgence a été formulée. Elle est implantée depuis octobre 2006 pour les césariennes et janvier 2007 pour les accouchements.

Pour l'élaboration de la politique de subvention, le gouvernement a travaillé d'une part sur les interventions à gain rapide comme présenté ci-dessus et d'autre part a commandé une étude sanitaire et de financement de la santé pour examiner trois options sur les impacts sur la réduction

²² JP. Olivier de Sardan et V. Ridde, projet de publication

des coûts des ménages d'accès aux soins et leur capacité à payer. Trois scénarios ont été développés : si la subvention des coûts de santé maternels était de 60 %, de 80 % et finalement de 100 % du coût. Suite aux recommandations de l'étude, le gouvernement a opté pour la subvention à 80% dans les centres de santé et 60% dans les hôpitaux – introduisant ainsi une motivation additionnelle pour l'utilisation des services de soins primaires. La liste détaillée des prestations subventionnées et leurs tarifs sont présentée ci-dessous.

Figure 3.2 Liste détaillée des prestations subventionnées et leurs tarifs

Prestation	Tarif actuel (FCFA)	Taux de subvention	Tarif applicable (FCFA)
Au niveau CSPS			
Accouchement eutocique	4 500	80%	900
Accouchement dystocique	18 000	80%	3 600
Au niveau CMA			
Accouchement eutocique	4 500	80%	900
Accouchement dystocique	18 000	80%	3 600
Prise en charge de pré éclampsie et des crises d'éclampsie	18 000	80%	3 600
Soins intensifs du nouveau-né inférieur ou égal à 7 jours	18 000	80%	3 600
Aspiration manuelle intra-utérine	18 000	80%	3 600
Césarienne	55 000	80%	11 000
Laparotomie (GUE et RU)	55 000	80%	11 000
Au niveau CHR/CHU			
Accouchement eutocique	4 500	60%	1 800
Accouchement dystocique	18 000	80%	3 600
Prise en charge de pré éclampsie et des crises d'éclampsie	18 000	80%	3 600
Soins intensifs du nouveau-né inférieur ou égal à 7 jours	18 000	80%	3 600
Aspiration manuelle intra-utérine	18 000	80%	3 600
Césarienne	55 000	80%	11 000
Laparotomie (GUE et RU)	55 000	80%	11 000

Source : Ministère de la Santé, Manuel d'exécution de la Stratégie de Subvention des Accouchements et des soins Obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso Nationale des SONU, avril 2006

L'exclusion de l'exemption totale n'a pas été poussée pour des raisons financières, mais par une crainte que la gratuité des services incite la population à en faire un usage irresponsable. Cette position a été confirmée dans un document officiel publié en juin 2007 : « Plusieurs scénarios ont été envisagés parmi lesquels figure la gratuité. Cependant l'idée de subvention a été retenue car selon des constats, la gratuité crée moins de responsabilité de la part du bénéficiaire ». ²³ Il n'existe pas d'évidence scientifique qui corrobore cette théorie au Burkina Faso, il s'agit de la recommandation du rapport de coût-efficacité des subventions qui a été conduit pour l'élaboration des politiques SONU. La politique budgétaire correspondante a donc été conçue pour chaque étape à l'avance et non après coup, et elle reste réaliste dans le cadre du budget national.

²³ Amnesty Internationale, 2009

Une des conséquences de l'étude de coût mentionnée ci-dessus fut que le MEF a été rassuré par le faible montant additionnel demandé et a accepté d'introduire la demande dans le budget très rapidement, à la surprise du MS (Ridde V. et al, 2011).

La modalité de remboursement des SONU est basée sur un forfait fixe des actes, définie au niveau national. Les districts ont reçu avant le début de la politique des avances monétaires correspondant aux nombres d'actes attendus. Par la suite, ils ont été remboursés selon les actes réalisés sur la base de forfaits. L'arrêté ministériel définit que ce forfait est le montant maximal autorisé à être perçu, mais la réalité sur le terrain est différente. Il n'y a pas de système de monitoring qui permet de fournir des données systématiques et précises sur le nombre d'accès aux services couverts, ni à quel type de services (et donc à leur coût) par les SONU ; les différentes études disponibles montrent cependant que la mise en œuvre de cet article est irrégulière. Lorsque les frais réels sont inférieurs au forfait celui-ci est en général demandé dans son intégralité ; par ailleurs lorsque les coûts sont plus élevés le système est flexible et accepte une facture plus élevée que le forfait (sous justificatifs).

Les détails de la mise en place pour la patiente:

- Le coût des accouchements des césariennes est subventionné à 80% ou 60% (dans le cas des structures hospitalières) par l'État ; les femmes doivent payer les 20% (ou 40% dans le cas des hôpitaux) restant. Les paiements versés par les patientes sont destinés à couvrir une partie du coût des services médicaux, des médicaments et des fournitures diverses nécessaires à l'accouchement. Les complications et les soins postnatals au cours de la première semaine suivant l'accouchement sont également couverts.
- Les fonds provenant des patients fonctionnent pour les centres de santé exactement comme les fonds en provenance des patients dans le cadre de l'Initiative de Bamako à l'exception de ce qui concerne le personnel de soins, comme expliqué ci-dessous) ; ils sont gérés par les COGES pour le coût de fonctionnement de la structure.
- Le transport entre un CSPS et un hôpital vers lequel la femme enceinte est transférée est gratuit
- La subvention pour les femmes enceintes indigentes couvre 100% des coûts.

Les détails de la mise en place pour le personnel de soins :

- La subvention annule les ristournes qui étaient perçues auparavant par le personnel de soins. En effet, selon un décret officiel, des primes sont accordées aux agents de santé en fonction de leurs activités médicales. Ils ont ainsi droit à 20% du paiement des actes et des consultations par les patients. Il a cependant été décidé que ceci ne s'appliquerait pas aux services fournis dans le cadre des SONU (Bocoum Yaya F. et al, 2009).
 - Les sages-femmes traditionnelles n'ont plus le droit d'exercer
 - Le personnel doit faire la demande de remboursement au district (maximum de 30 jours après l'acte) ; et reçoit le paiement des subventions stipulées dans un délai maximum de trois mois
 - Le personnel doit gérer la demande de médicament additionnel et acheter le nécessaire à la centrale de médicament générique du district. Le délai de paiement de la centrale est de trois mois ; le centre doit ainsi être capable d'acheter le nécessaire sans devoir avancer les fonds.
-

L'appui du MEF, et l'implication à ce moment du politique a eu des conséquences non espérées : une imposition de la mise en œuvre des subventions très rapidement. En moins de 6 mois, les textes de lois étaient passés et la politique a été mise en œuvre. Alors qu'un travail technique de

fond a proposé une politique bien élaborée, la mise en œuvre pressée n'a d'une part pas laissé le temps aux techniciens de finir les détails de la mise en œuvre si importants à la réussite d'une réforme, et a d'autre part bâclé la stratégie de communication. C'est ainsi que bien qu'il n'existe pas d'évaluation scientifique, les données disponibles semblent montrer que la mise en œuvre des modalités de remboursement des SONU a connu quelques difficultés et que certains aspects prévus dans le dessin initial sont restés sur le papier, comme la prise en compte de la charge additionnelle de travail et les conséquences de cet impact sur le personnel de santé, ou encore comme la mise en œuvre effective de la subvention totale du coût des soins pour les indigents. En effet, la réforme prévoit une exemption complète des coûts pour les indigents, et une ligne budgétaire a été votée pour couvrir les besoins financiers estimés nécessaires. Dans la mesure où une identification des indigents n'est toujours pas disponible cette partie de la politique n'a pas encore été mise en place.

L'élaboration de la politique SONU au Burkina Faso est basée sur un travail technique de qualité. Il semblerait toutefois que les techniciens se soient faits dépassés à un moment par le politique. En effet, moins d'un mois après la demande du MS soutenue par l'étude de coût, un décret présidentiel était passé (mars 2006) pour valider une nouvelle ligne budgétaire, mais l'arrêté Ministériel qui définit les modalités de mise en œuvre de la politique ne fut cependant signé que 6 ans après, en février 2012²⁴. Ainsi, une fois les subventions passées, les mesures « accompagnatrices » de mise en œuvre n'ont plus été considérées comme prioritaires. L'erreur semble provenir en part au moins de la séparation entre la législation financière (qui est entièrement passée dans le budget) de la législation de mise en œuvre qui couvrirait les activités de soutien à la mise en œuvre, comme la stratégie de communication, ainsi que l'évaluation de la politique (Ridde V et al, 2011).

Il n'existe pas de recette miracle pour une réforme de santé équitable et efficace. Il convient de remarquer cependant que si beaucoup de pays Africains ont introduit une certaine gratuité des soins lors des 10 dernières années suivant des pressions et motivations diverses, lorsque ces réformes sont introduites de façon radicale et préparées en peu de temps la mise en place apparaît difficile et les impacts – sur le moyen terme, relativement faibles. Une recension des écrits sur le sujet montre, d'une part, la demi-teinte des effets des politiques d'exemption, et, d'autre part, les pressions et les chocs que ces politiques exercent sur des systèmes de santé déjà fragiles (Ridde V. et Meesen B. WHO, 2010).

3.1.4 Des îlots de « gratuité des soins » soutenus par l'APD

Face au développement prudent des politiques publiques de subvention et du manque d'action nationale au profit des indigents deux ONGs, Terre des Hommes et HelpAge ont mis en place en 2008 sur deux districts des services de soins une exemption de paiement totale aux enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes. C'est-à-dire qu'en plus des subventions SONU, Terres des Hommes (TDH), se substitue en tiers payant pour la prise en charge du co-paiement. L'exemption couvre donc les prestations curatives offertes par le personnel de santé aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes dans toutes les formations sanitaires publiques des deux districts du projet²⁵.

L'exemption de paiement prend en compte les tarifications des actes, les hospitalisations, les médicaments, les consommables médicaux et les examens biomédicaux disponibles dans ces formations sanitaires et nécessaires aux soins de la population - cible. Les prestations suivantes

²⁴ Le décret présidentiel qui a créé la ligne budgétaire a été signé en mars 2006, mais le décret qui explique la mise en œuvre au niveau du parlement, n'a été signé qu'en 2012. Donc de 2006 à 2012 les SONU étaient en place suivant un manuel de mise en œuvre (élaboré en 2006).

²⁵ Tougan et Séguénéga

ne sont pas prises en charges : i) les pathologies prises en charge par les programmes verticaux ou spécifiques (SONU, MCS, paludisme grave, ...) ; ii) les pathologies chroniques des femmes enceintes et des enfants ; iii) les soins dans les hôpitaux de référence régionaux ou nationaux.

Une évaluation externe scientifique qui démontre les impacts de ces projets n'est pas disponible, mais un récent rapport de TDH présente les succès du projet qui a permis de multiplier par sept la fréquentation des centres de santé des enfants de 0 à 5 ans²⁶ (SERSAP, 2010) et d'augmenter les ressources des centres de santé (Blanchet K. et al, 2011). Basé sur ce travail et un projet similaire mis en place par HelpAge s'organise une pression de plus en plus forte sur le Gouvernement pour changer son approche SONU et passer de la subvention partielle à l'introduction d'une gratuité totale des services de soins (pour au moins un paquet de soins prioritaire) au point de contact.

Aujourd'hui Le Gouvernement soutien ces interventions, en revanche en ce qui concerne leur soutenabilité et potentiel passage à l'échelle nationale, une estimation financière complète de ce qu'elles représentent reste à être fournie. Il convient en effet de souligner que ces dispositifs d'exemptions sont des expériences sous perfusion forte de financements extérieurs qui ne se limite pas à la seule exemption de paiement (J.P. Olivier de Sardan, V. Ridde, 2011). Les coûts de l'approche fournis au Gouvernement comme base de travail, ne comptent pas les coûts d'appui comme l'assistance technique apporté par l'ONG pour mettre en place le système, le système de gestion mis en place, les bonus fournis aux personnels de soins, la formation du personnel, le suivi et la supervision et la réhabilitation des infrastructures.

3.2 L'impact de la politique SONU

Dans la mesure où un niveau de référence n'a pas été établi avant l'introduction des SONU, il est difficile d'avoir des mesures d'impact scientifique de cette dernière. Une évaluation des besoins a été faite en 2011²⁷ mais cette étude ne comporte pas d'aspect de financement ni de coût de la politique.

3.2.1 Les principales réussites des SONU

Les dépenses médicales de santé ont significativement baissées entre 2006 et 2010 (Ridde V. et al, mars 2012), même avec 50% des femmes qui devaient officiellement payer 900 F CFA reportant qu'elles ont payé plus. Cette baisse semble provenir essentiellement du fait que les médicaments sont depuis les SONU des génériques, acheté (majoritairement) aux COGES à prix fixes (Ridde V. et al, mars 2012).

Le taux d'accouchements assisté a considérablement augmenté. Il est passé de 48.7% en 2006²⁸ à et de 67.1% suivant la dernière EDS (2010), enregistrant ainsi une augmentation de près de 20%. L'objectif du PNDS de passer le taux de couverture en accouchements assistés de 34 à 60%, a été dépassé. La comparaison entre 2003 et 2010 ci-dessous montre bien le pourcentage croissant d'accouchements ayant lieu dans un établissement de santé ; il convient cependant de remarquer que la différence entre zones urbaine et zones rurale reste considérable.

Figure 3.3 Évolution du pourcentage des naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé de 2003 à 2010

Milieu de résidence	2003	2010
---------------------	------	------

²⁶ Société D'étude et de Recherche en Santé Publique (SERSAP), 2010

²⁷ Ministère de la Santé, Évaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, couplée à la cartographie de l'offre de soins en Santé de la Reproduction au Burkina Faso, mimeo

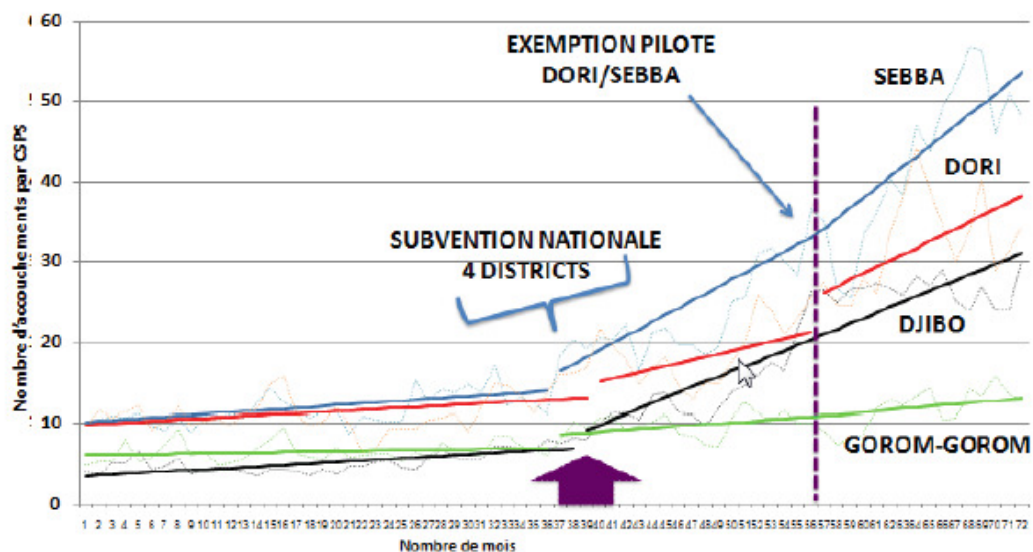
²⁸ DEP, Ministère de la santé, 2006 ; http://www.cns.bf/IMG/pdf/TBS_2006.pdf

Ouagadougou	95.3	97.4
Ensemble urbain	87.3	93.8
Rural	31.3	60.8
Ensemble	38.4	66.3

Source : EDS 2003, EDS 2010

La figure ci-dessous montre l'évolution du taux d'accouchements assistés. L'augmentation suite à l'introduction de la SONU est nette. Par ailleurs, la figure fait la différence entre 2 districts où les accouchements sont subventionnés à 100% par le projet mis en place par HelpAge (Sebba et Dori)²⁹, et 2 autres où les femmes doivent payer les 900 F CFA (Djibo et Gorom Gorom). L'augmentation est nette pour les 4 districts ; elle est cependant encore plus importante dans les districts où le service est gratuit pour les patientes.

Figure 3.4 Évolution de la moyenne du taux d'accouchement mensuels par CSPS dans 4 districts

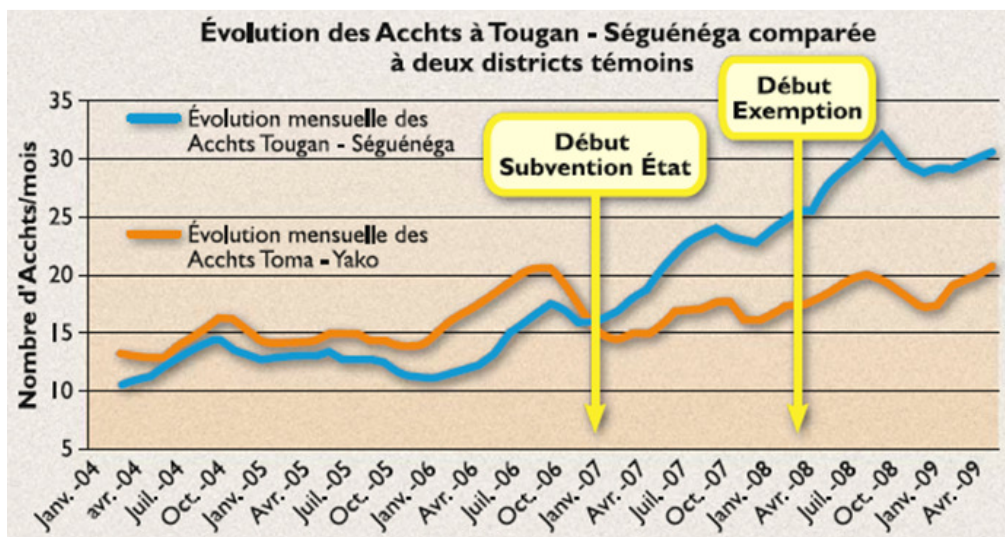


Source : Haddad S. et al, 2011

Le projet de Terres des Hommes enregistre des tendances similaires, comme le démontre le graphique ci-dessous qui compare les deux districts où les services des SONU sont subventionnés à 100% (Tougan et Séguénégué) et deux districts témoins qui ne bénéficient que des subventions SONU du MS.

²⁹ Dans ces deux districts l'ONG HELP paye les 900 F CFA par accouchement pour les femmes sur des financements ECHO

Figure 3.5 Evolution du nombre moyen mensuel des accouchements assistés dans les districts d'intervention et les districts témoins



Source : Blanchet K., et al, 2011

Il est important de noter que ces graphiques représentent le nombre d'accouchement : l'augmentation observée peut-être due à une augmentation de la natalité des districts. Les données au niveau du district en pourcentage ne sont pas disponibles.

La mortalité maternelle a baissé de 770/100 000 en 1990, à 560/100 000 en 2008³⁰. Le rapport préliminaire de la plus récente Enquête Démographique et de Santé (EDS) suggère que le taux de MM sera passé à 300/100 000.³¹ Il est difficile d'attribuer cette baisse au SONU dans la mesure où la tendance était déjà présente avant sa mise en place.

Des informations un peu contradictoires existent sur la progressivité des SONU. Il semblerait cependant que **les subventions n'ont pas bénéficié plus aux riches qu'aux pauvres.**³² Valéry Ridde et al, trouvent que l'utilisation des services est peut-être même plus égale en 2010.³³ Par ailleurs, la prévalence des ménages victimes de dépenses catastrophiques de santé a significativement baissé depuis l'introduction des SONU³⁴.

Encadré 4 : Dépense catastrophique de santé, définition

Les dépenses catastrophiques de santé, selon l'OMS ont lieu si le rapport entre les dépenses totales de santé et la différence entre le revenu et les dépenses alimentaires dépasse le seuil de 40%

³⁰ WHO, UNICEF, UNFPA, WB, 2010 ; http://www.unicef.org/french/infobycountry/burkinafaso_statistics.html

³¹ Données sur le site de l'OMS, mis à jour en Mai 2012 ; <http://www.who.int/gho/countries/bfa.pdf>

³² M. de Allegri et al, 2011

³³ V. Ridde et al, 2012

³⁴ ibid

3.2.2 Ce qui demande plus d'investissement

Les dépenses des ménages restent au-dessus de la norme des 34 USD de l'OMS. En effet, les subventions ne couvrent pas : i) certains coûts directs des services comme les consultations pour les enfants de moins de 5 ans ; ii) les coûts indirects, comme les accompagnants, la nourriture et le transport. Ce dernier est compris du centre de santé à l'hôpital en cas de référencement, mais le transport du village au centre de santé reste à la charge de la famille et continue à représenter une barrière financière importante, surtout lorsque la femme doit se rendre plusieurs fois au centre de santé. iii) les coûts illicites, comme les facturations indues, « cadeaux » aux personnels de santé, ventes illicites de médicaments ou de faveurs (il n'y a pas de statistique officielle sur ces derniers mais une récente évaluation comparative des politiques de gratuité au Burkina Faso, Mali et Niger les mentionnent comme une des barrières³⁵). Une comparaison des politiques de subvention fait entre le Niger, le Mali et le Burkina Faso a trouvé que dans ce dernier les femmes paient, en dépenses strictement médicales, nettement plus que le forfait de 900 FCFA (entre 1300 et 1800 FCFA)³⁶.

La soutenabilité des expériences financées par les ONG n'est pas garantie. Si l'expérience de TDH et HelpAge au Burkina Faso semble montrer que la gratuité au niveau du prestataire de soins des services SONU a des impacts positifs au niveau de l'accès aux soins, la mise en œuvre effective de telles mesures exigent une provision financière publique sur le long terme si la politique élaborée a pour ambition d'être soutenable. Les expériences fortement soutenues par l'APD peuvent apporter des enseignements au pays, mais tant que ce dernier n'alloue pas les financements nécessaires (similaires aux projets pilotes qui ont pour ambition de passer à l'échelle nationale) il sera difficile d'obtenir des résultats similaires à ces interventions ciblées.

Le manque d'une campagne d'information fait que peu de gens savent exactement ce qu'elle couvre et quels traitements restent à leur charge. Cette confusion crée une situation dans laquelle le personnel médical peut exiger des paiements illégaux pour des médicaments et des services qui devraient être gratuits ou subventionnés. Ce manque d'information peut également causer un manque de confiance du patient: lorsque le patient ne sait pas ce qui est couvert ou pas, il existe un risque qu'ils ne se rendent pas au centre par crainte que les soins ne soient pas subventionnés.

L'absence d'un système d'information et de suivi systématique de qualité ne permet aujourd'hui pas d'avoir des données pour suivre l'utilisation des services SONU ni les obstacles rencontrés sur le terrain en relation à cette politique de manière systématique. Différentes sources rapportent que depuis la mise en place de cette politique de subvention, des familles ont payé plus que le montant prévu dans le cadre de ce dispositif. De nombreuses familles disent par exemple avoir été obligées d'acheter des gants car le personnel médical n'en avait plus, ainsi que divers autres articles ou produits. Amnesty Internationale rapportent que presque toutes les femmes qui ont accouchés qu'ils ont rencontrés lors de leur évaluation de la situation de la santé maternelle au pays ont affirmés avoir dû acheter des produits pour l'accouchement, jusqu'à l'eau de Javel pour nettoyer la salle de travail.³⁷

La charge de travail du personnel de santé associée à la subvention et l'absence de motivation (avec le retrait des ristournes des services SONU, présenté au-dessus) semble être la cause de frustration du personnel de santé.

Le faible impact pour les indigents. Alors que la politique de subvention prévoit d'utiliser environ 17 % des fonds disponibles – soit près de 5 milliards de francs CFA (environ 7,6 millions d'euros)

³⁵ JP. Olivier de Sardan et V. Ridde, projet de publication

³⁶ ibid

³⁷ Amnesty International, 2009

sur la période allant de 2006 à 2015 – pour assurer la gratuité des soins aux femmes « indigentes », ce volet n'a cependant pas encore été appliqué, en grande partie parce que le gouvernement n'a pas défini de critères permettant de savoir quelles seraient les personnes concernées.¹³¹

4 Prochaine étape : entre équité et efficacité

À la suite de cette présentation du contexte : situation épidémiologique et du financement du secteur de la santé, du Burkina il s'agit d'élaborer une réflexion sur des possibles recommandations au sujet (i) du financement de la santé dans le pays, (ii) des méthodes d'achat de services et éventuellement sur (iii) la mise en œuvre d'une réforme de financement de la santé. Ci-dessous, des questions clefs et quelques pistes de réflexions sont suggérées pour chacun de ces trois thèmes. Les deux premiers points sont couverts dans la note (key note) ; les cadres de réflexions de cette dernière devraient aider l'exercice de cette étude de cas.

4.1 Financement de la santé

4.1.1 Le gap financier : entre les besoins financier estimés pour atteindre les ODM et le budget disponible

Le CDMT mesure la différence entre le budget disponible et les montants nécessaires pour exécuter les plans opérationnels du secteur. La comparaison faite entre les ressources disponibles et les coûts des programmes sur toute la période dégage un besoin de financement non couvert de 486 252 millions FCFA. Ce besoin se répartit respectivement en 103 140 millions de FCFA en 2012, 159 095 millions de FCFA en 2013 et 224 017 millions de FCFA en 2014.

Figure 4.1 Synthèse du cadrage budgétaire (en million de FCFA)

Libellé	2012	2013	2014	Moyenne 2012 – 2014	Total 2012 - 2014
Coût Total (prévu des programmes)	328 076	390 099	462 150	393 442	1 180 325
Disponibilité financière (prévue)	224 936	231 004	238 133	231 358	694 073
Gap	- 103 140	- 159 095	- 224 017	- 162 084	- 486 252

source: CDMT 2012 – 2014

Pour atteindre les objectifs du CDMT, en conformité avec ceux du PNDS et les OMD, un financement additionnel devra être mobilisé pour 2012 (103 140 millions), 2013 (159 095 millions) et 2014 (224 017 millions).

Encadré 5 : Le financement du VIH-Sida au Burkina Faso, une approche soutenable ?

Suite à la crise financière, les financements de l'APD diminuent considérablement. Sur certains secteurs, comme celui du VIH ce changement peut être dramatique. Le Burkina Faso a, avec le reste du monde, vu l'annulation du round 11 du Fond Mondial l'année dernière comme un mauvais présage. Une étude pour estimer les besoins de financement dans le secteur du VIH et proposer une approche de financement soutenable pour le secteur a été commanditée par le pays. Le travail conclut qu'un écart de financement de la lutte contre le VIH/sida est estimé à 7,9 milliards de F.CFA en 2010, baissant à 1,3 milliards de F.CFA en 2020, ce qui représente 0,18% du PIB en 2010 et 0,01% du PIB en 2020. Le total des besoins de ressources additionnelles nécessaires s'élèverait donc à environ 86 millions de USD en 2020.³⁸

³⁸ Source: OPM, 2011. Note : les limites de la méthodologie sont présentées dans le rapport d'OPM. Comme pour toutes projections, il faut interpréter les résultats avec prudence.

4.1.2 Principales questions et possible approches

Comment le budget au profit du secteur de la santé peut-il être augmenté ?

Quelles sources de financements déjà utilisées peuvent et/ou devraient augmenter leur contribution au secteur ?

Quelles nouvelles sources de financement pourraient et/ou devraient compléter les ressources du secteur ?

Quelles sont les conditions et conséquences des différentes options pour le Burkina ?

Réallocation du budget disponible au service de la santé

- Ceci est possible dans le cadre de l'arbitrage budgétaire ; cependant dans la mesure où les financements publics au profit du secteur de la santé sont depuis quelques années de plus en plus importantes, une demande de résultat avant un investissement est couramment exigé.
- Par ailleurs, les conséquences de la crise financière de 2008 touchent encore le Burkina Faso. Ainsi les priorités du MEF se concentrent actuellement sur la croissance économique.

Encadré 6 : Les priorités du budget de l'État, gestion 2012

Les priorités du Gouvernement au titre de l'année 2012 visent à favoriser une augmentation significative du taux de croissance et, partant, des potentialités financières de l'état, par des investissements publics appropriés et des actions de soutien à l'investissement privé, dans un cadre macroéconomique et financier soutenable.

Au regard des ressources budgétaires limitées et dans le souci de maximiser les effets de l'intervention publique, il est de ce fait proposé de focaliser l'attention sur des priorités bien déterminées de la SCADD, avec un accent en particulier, en ce qui concerne les nouveaux investissements sur les secteurs du développement rural, des infrastructures, de la promotion de l'emploi ainsi que de la sécurité, tout en maintenant les efforts budgétaires en faveur des secteurs sociaux pour en consolider les acquis et poursuivre la marche vers les OMD.

Source : Trimestriels d'information de la Direction Générale du Budget, Budget Info, Ministère de l'Économie et des Finances, N. 004, janvier 2012

Augmentation budgétaire du secteur grâce à une expansion de l'espace fiscal

- Le Burkina Faso a subi une légère baisse de son taux de croissance en 2009 mais la croissance du PIB réelle est remontée à 5,2% en 2010 et la croissance devrait se poursuivre. À long terme, toute chose égale par ailleurs, la croissance du PIB devrait être de 5,6% par an et les recettes fiscales devraient se maintenir à 15,7% du PIB³⁹. Dans ce contexte, il n'est donc pas prévu d'expansion significative de l'espace fiscal.
- Le secteur peut étendre son espace fiscal en investissant par exemple sur une contribution croissante de la population via le développement des mutuelles ; il faut toutefois tenir compte de la difficulté d'une telle approche dans un pays où près de la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté.

³⁹ Sources : OPM, 2011

- Par ailleurs la mise en place de financements innovants (comme des contributions du secteur privés, des taxes sur les billets d'avion, des taxes sur les connections mobiles, ect) peuvent également accroître les sources de financement au profit du secteur. (Voir la key note pour plus d'exemples sur ces sources et leur utilisation)

4.2 L'achat des services de soins

4.2.1 Efficacité des méthodes d'achat de services de soins

« Le Ministère de la Santé est le plus budgétivore du pays!⁴⁰» Aujourd'hui malgré une augmentation de leur dotation budgétaire considérable sur les 10 dernières années le MS demande toujours plus. En santé, il n'y a pas de limite et le budget sera toujours inférieur aux besoins. Il est important que le pays se concentre sur les secteurs productifs, la formation, la croissance, surtout en cette période de crise. Le BF a été touché non seulement par la crise financière mais également par les conséquences de la guerre en Côte d'Ivoire.

4.2.2 Principales questions et possibles approches

Que peut faire le Ministère en charge des finances pour garantir une meilleure utilisation des ressources du secteur?

Quelles exigences le MEF peut imposer au MS pour démontrer une allocation et utilisation rationnelle et efficace du budget national ?

Quelle garantie peut demander le MEF au MS pour répondre aux attaques de la presse sur la mauvaise allocation budgétaire et utilisation des fonds du secteur de la santé ?

Comment l'efficacité des ressources allouées au secteur peut être améliorée ?

Quels sont les moyens que le Ministère de la Santé peut mettre en œuvre pour améliorer :

- leur efficacité tant technique : **utilisation des ressources de forme à fournir des services d'un niveau de qualité donné à un coût le plus bas possible) ?**
 - leur efficacité d'allocation budgétaire : **orientation des ressources vers les activités avec le plus grand impact) ?**
-

L'efficience de l'allocation des ressources, qui détermine dans quelle mesure les ressources sont orientées vers les activités qui ont l'impact le plus grand.

- Un Gouvernement doit-il exempter toute la population afin de simplifier la prise en charge, mais en prenant le risque que les plus pauvres ne soient pas les premiers à en bénéficier ? Ou doit-il cibler certaines catégories de population, car cela est plus efficace (cost-effective)? Il subsiste de grands débats sur le choix des politiques d'exemption.⁴¹ Dans la mesure où les Gouvernements opèrent dans le cadre d'un budget limité, et si les enjeux éthiques et moraux sont aussi complexes que les modalités techniques de mise en œuvre, une priorisation est naturellement faite.
- Une nouvelle priorisation des activités et services subventionnés par les SONU pourrait ainsi être développés. Alors que l'introduction des SONU est basée sur une réflexion sur les interventions à gain rapide, cet élément a donc été pris en compte. Certains aspects politiques ont cependant influencé en partie le dessin et principalement la mise en œuvre de la politique de forme à ce que l'efficacité prévue initialement ne se retrouve aujourd'hui pas entièrement sur le terrain. La non mise en œuvre du volet des indigents par exemple

⁴⁰ Entretien avec le MEF, DGB, mai 2012

⁴¹ Hanson, K. et al, 2007; Mkandawire, T., 2005

semble être une des causes principales des limites observées des impacts de la SONU, ainsi que la non couverture du transport des villages aux centres de santé. Si cette dernière activité devrait être incluse dans les services subventionnés, outre la complexité de la mise en œuvre d'une telle mesure, que faudrait-il retirer du paquet des SONU pour financer ce transport ?

- Le Gouvernement pourrait également considérer une nouvelle priorisation de l'allocation au profit des indigents. Les responsables sanitaires du pays sont encore réticents face aux mesures d'abolition du paiement⁴², mais face aux indicateurs démontrant l'inégalité des conditions entre quintile la question est légitime. Surtout que certaines expériences, autorisées par le Gouvernement, mise en place par des ONGs organisent l'abolition du paiement pour certains patients. Elles peuvent peut-être fournir les méthodes et approches pour une mise à l'échelle.

L'efficacité technique qui détermine si les ressources ont été utilisées pour fournir des services d'un niveau de qualité donné à un coût le plus bas possible.

- La modalité de remboursement des SONU est basée sur un forfait fixe des actes, définie au niveau national. Les districts ont reçu avant le début de la politique des avances monétaires correspondant aux nombres d'actes attendus. Par la suite, ils ont été remboursés selon les actes réalisés sur la base de forfaits. L'arrêté ministériel définit que ce forfait est le montant maximal autorisé à être perçu, mais la réalité sur le terrain est différente. Il n'y a pas de système de monitoring qui permet de fournir des données systématiques et précises, mais les différentes études montrent que la mise en œuvre de cet article est irrégulière. Lorsque les frais réels sont inférieurs au forfait celui-ci est en général demandé dans son intégralité ; par ailleurs lorsque les coûts sont plus élevés le système est flexible et accepte une facture plus élevée que le forfait (avec justificatifs).
- Par ailleurs, un des coûts principaux, ainsi que la source de nombreuses frustrations provient de l'achat et de la provision des médicaments. Alors que le système des centrales d'achat publiques décentralisées fonctionnant avec les COGES introduite au Burkina Faso fonctionnent bien, en ce qui concerne les SONU des problèmes de rupture de stock et/ou de prétendu manque d'approvisionnement obligent les patients à acheter les médicaments, souvent non génériques, qui devraient être compris dans les services subventionnés. Si ceci est une priorité, comment l'approvisionnement de médicaments, spécifiquement pour les services subventionnés pourrait-il être plus efficace ?
- La frontière de production des services de soins peut *toute chose égale par ailleurs* également être déplacée si le personnel de santé est motivé pour offrir un service de meilleure qualité (et plus accueillant) auprès des patients. Ainsi l'introduction dans l'achat des services d'un élément motivateur pour le personnel (comme c'était le cas avant les SONU avec les ristournes basées sur les services offerts) peut avoir un impact significatif sur le volume et la qualité des services offerts.⁴³ Au Burkina Faso, il existe une réticence des pouvoirs publics à aborder ouvertement la question du paiement du personnel de santé. Celui-ci apparaît comme négligé dans les réformes du secteur, et par conséquent y répondent par le développement de stratégies d'adaptation dont certaines s'exercent au préjudice de la performance globale du système de santé (Nicolas Meda et al, 2003).

⁴² JP. Olivier de Sardan et V. Ridde, projet de publication

⁴³ Référence à la littérature et débats sur PBF. Il ne s'agit pas ici de prendre position en relation à cette méthodologie mais de l'introduire comme une des possibles recommandations

4.3 La mise en œuvre d'une réforme de financement de la santé

Quels changements et/ou ajustements dans la mise en œuvre peuvent être proposés pour améliorer l'impact des SONU ?

Le groupe de travail s'est engagé à faire des recommandations au Conseil des Ministres sur le financement de la santé du Burkina Faso, il est cependant important de souligner que d'autres mesures d'ordre organisationnel peuvent renforcer et/ou améliorer de manière significative des réformes de financements de la santé. En effet les économistes de la santé oublient souvent de considérer les aspects organisationnels des réformes proposées, alors que les coûts, l'efficacité, la qualité et l'accès dépendent en grande partie de ces aspects également. C'est ainsi qu'il est important de considérer lors d'une telle réforme d'autres aspects du système de santé, comme l'organisation du système et les relations entre les institutions et différents niveaux des services et prestataires de soins.

L'élaboration des SONU a été faite sur la base des interventions à gain rapide pour la santé maternelle et infantile définie par le Lancet⁴⁴ ; par ailleurs, le MS a décidé de subventionner les frais à la hauteur de 80%, basé sur des estimations d'impact et de coût-efficacité conduite pour la définition de la politique. L'efficacité technique et d'allocation ont donc été prises en compte dès l'élaboration des SONU.

Cette politique semble néanmoins souffrir au niveau de sa mise en œuvre, et du manque de certaines mesures d'accompagnement. En effet la difficulté d'accès au centre de santé du au coût du transport, le manque fréquent de médicaments gratuits, la démotivation du personnel ainsi que le manque d'information des patients sur quels services sont sujet à la subvention, ne permet pas aux services définis comme les IGR d'atteindre entièrement les impacts prévus. La désinformation du personnel de santé constitue une barrière à la mise en œuvre de la politique (Walker, L. & Gilson, L., 2004. ; Witter, S. et al, 2007), ainsi que leurs frustrations par rapport à l'impact sur leurs charges de travail. De plus, certaines adaptations du système, comme par exemple l'utilisation des remboursements forfaitaires de manière initialement non-prévus, remettent en cause l'efficacité initialement prévu dans le dessin technique de la politique.

⁴⁴ Série du Lancet : Mortalité Maternelle, 2008

5 L'exercice

Depuis 2000, l'État burkinabé a significativement augmenté le budget du secteur et des subventions ont été introduites pour certains soins, couvrant principalement les services de santé maternelle et infantile de sorte à ce que ceux-ci ne nécessitent plus de paiement par l'utilisateur au niveau de la formation sanitaire. L'amélioration des indicateurs clés se fait toutefois attendre et les comptes nationaux de santé montrent que la dépense des ménages (en termes absolus) pour les soins ne semble pas diminuer.

Dans ce contexte qu'un scandale a éclaté. Un article sur le bimensuel, « le Reporter » du 11 mars 2011⁴⁵ cri au viol de la politique de subvention des soins obstétricaux, la SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence). « Selon cette loi [la SONU], les usagers concernés devraient désormais payer une part très infime (10% dans certains des cas) des coûts de leurs soins, l'essentiel étant pris en charge par l'État. Mais quelques années après son entrée en vigueur, le constat sur le terrain est désolant. La cupidité de certains acteurs chargés de sa mise en œuvre et un certain laxisme caractérisé de l'autorité ont complètement dévoyé la dynamique de la subvention... ».

Des nouvelles élections législatives sont prévues en début décembre 2012, et la Direction Générale du Budget (DGB) du Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) doit présenter un budget préliminaire en juillet car les parlementaires veulent l'utiliser pour préparer leurs campagnes. La Santé est un des secteurs sur le devant de la scène, surtout depuis que les journaux ont accusé publiquement le faible impact des augmentations budgétaires au profit du secteur.

Un groupe de travail a été formé pour élaborer des recommandations au Gouvernement sur la stratégie à adopter face aux attaques de la presse. Ce groupe est composé de techniciens du Ministère de la Santé (MS) et des Finances (MEF). Les deux catégories de techniciens souhaitent naturellement élaborer les meilleures recommandations possibles, mais leurs priorités ne sont pas tout à fait les mêmes.

- Le Ministère de la Santé se demande comment peut-il utiliser l'opportunité des élections cette année pour l'aider à relever le défi de l'atteinte des Objectifs du Millénaire (OMD) au Burkina Faso ?
- Le Ministère de l'Économie et des Finances pour sa part est inquiet de comment il devrait évaluer le budget du secteur de la santé ? Et comment faire l'arbitrage budgétaire de cette année ?

Le mandat du groupe de travail est de proposer au moins 3 mesures, qui améliorent l'accès aux soins et les conditions sanitaires de la population, ainsi que l'efficacité du budget alloué au secteur. Leurs mise en œuvre doit être effectuée sous le prochain gouvernement.

⁴⁵ L'article a effectivement été publié et les citations proviennent du texte. Il date de Mars 2011 (source: Le reporter, n° 65, du 1^{er} au 14 mars 2011 : "subvention des accouchements et des soins obstétricaux – SOS on viole la loi". Pour l'étude de cas, et l'exercice, les dates seront adaptées.

Bibliographie

Amnesty Internationale, Donner la Vie, Risquer la Mort – La mortalité Maternelle au Burkina Faso, 2009

Annuaire Statistique 2010, INSD – Institut National de la Statistique et de la Démographie

Blanchet K. Adannou - Zonon N. Nébié B. Agagliate T. Viala G. Exemption de paiement : pour l'accès universel aux soins de santé des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. Bonnes pratiques au Burkina Faso. Terre des hommes. Ouagadougou, Burkina Faso, 2011

Bocoum Yaya F, Kouada S, Sondo B, les caractéristiques des revenus des professionnels de la sante et leur relation avec la fourniture de soins au Burkina Faso, rapport final, 2009, IRSS/CNRST

Bocoum Yaya F, Kouada S, Sondo B, les caractéristiques des revenus des professionnels de la sante et leur relation avec la fourniture de soins au Burkina Faso, rapport final, 2009, IRSS/CNRST

Bryce J., Friberg K., Kraushaar D., Nsona H., Afenyadu GY, Nare N., Kyei-Faried S., Walker N., List as a catalyst in program planning: experience from Burkina Faso, Ghana and Malawi, International Journal of Epidemiology, 2010, 39 Suppl 1:p.i40-7

De Allegri M et al, 2011, the impact of targeted subsidies for facility based delivery on access to care and equity – Evidence from a pop based study in rural Burkina Faso, 3rd international conference on health financing in developing and emerging countries, 2011, CERDI, France

Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso, 2003, INSD: Ouagadougou

Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso, 2010, INSD: Ouagadougou

Gwatkin R., Reducing Health Inequalities in Developing countries, Oxford Press, 2002

Haddad S., Ridde V., Bekele Y. et Queuille L., Plus les couts sont subventionne, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé, Accès financier aux services de santé », document accessible sur (<http://www.hha-online.org/hso/financing/knowledge>), de l'ONG HELP (www.help-ev.de) et de l'Université de Montréal (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>)

Hanson, K., Worrall, E. & Wiseman, V., Targeting services towards the poor : A review of targeting mechanisms and their effectiveness. In: Mills, A., Bennett, S. et al., eds. Health, Economic Development and Household Poverty From Understanding to Action, Routledge, 2007, 134-154

Kafando Y., Ridde V., Les ressources financières des comités de gestions du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé, cahier sante vol. 20, n3, juillet-aout-septembre 2010

Meda N. et Sondo B., Le pilotage du système de santé au Burkina Faso : analyse des stratégies systémiques et individuelles, Antwerp, Institut de Médecine Tropicale, février 2003

Meunier, Mappemonde 60 (2000.4), Laboratoire d'Études des Régions Arides (LEDRA), département de géographies, Université de Rouen

Ministère de la Santé, Cadre de Dépense à Moyen Terme – 2012- 2014

Ministère de la Santé, Évaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, couplée à la cartographie de l'offre de soins en Santé de la Reproduction au Burkina Faso, mimeo

Ministère de la Santé, Manuel d'exécution de la Stratégie de Subvention des Accouchements et des soins Obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso Nationale des SONU, avril 2006

Ministère de la Santé, Plan National Stratégique Sanitaire 2011- 2020

Ministère de la Santé, Stratégie de Subvention des Accouchements et des soins Obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso Nationale des SONU, mars 2006

Ministère de la Santé, Tableau de Bord de la santé 2006, (publié en juillet 2007) ; http://www.cns.bf/IMG/pdf/TBS_2006.pdf

Ridde V, Kouanda S, Bado A, Bado N, Haddad S (2012) Reducing the Medical Cost of Deliveries in Burkina Faso Is Good for Everyone, Including the Poor. PLoS ONE 7(3): e33082. doi:10.1371/journal.pone.0033082

Ridde V. le cas des indigents au Burkina Faso, 3eme conférence internationale de financement de la santé dans les pays en développement, CERDI, mai 2011

Ridde V., Kadio K., Ducandas X., Kafando Y., La protection sociale et les indigents au Burkina Faso, Université de Montréal, novembre 2011, <http://www.vesa-tc-umontreal.ca>

Ridde V., Richard F., Bicaba A., Queille L., Conombo G., The National Subsidy for delivery and emergency obstetric care in Burkina Faso, Health Policy and Planning, 2011

Ridde V., Robert E., Meesen B., Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, World Health Report (2010), Background Paper, 18

Sardan JP. et V. Ridde, Un bilan des récentes politiques d'exemption de paiement des soins dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger), Afrique contemporaine, Projet de publication

Sersap 2010, Expériences tirées de projets d'exemption de paiements de soins d'ONGs partenaires d'ECHO dans les régions sanitaires du Sahel, du Nord, de la BMH et de l'Est - Rapport d'analyse des effets Ouagadougou, Burkina Faso, 2010

Lievens, T., Humphrey, E. and Sekidde, S. (forthcoming) Assessment of the potential of innovative financing mechanisms for HIV, health and development. A focus on Africa. UNAIDS

Me K., Goldmann E, Galea S. Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries. Health aff (Millwood). 2009 , Jul-aug;28(4):1056-66

Walker, L. & Gilson, L. "We are bitter but we are satisfied": Nurses as street-level bureaucrats in South Africa Soc. Sci. Med. 2004. 59: 1251-1261)

Union Européenne, L'exemption du paiement: un pas vers l'accès universel aux soins de santé ; Expériences pilotes au Burkina Faso, 2010

WHO, UNFPA, WB, 2010, Trend in Maternal Mortality: 1990 to 2008, Geneva, 55p.

Witter, S. & Adjei, S. Start-stop funding, its causes and consequences: a case study of the delivery exemptions policy in Ghana Int. J. Health Plann. Manage. 2007. 22: 133- 143. / 39)

Witter, S., Aikins, M. & Kusi, A. Working practices and incomes of health workers: evidence from an evaluation of a delivery fee exemption scheme in Ghana

Witter, S., Arhinful, D.K., Kusi, A. & Zakariah-Akoto, S. The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. Reproductive Health Matters 2007. 15(30): 61-70.)

Yaogo M. et Yaya S., Problématique de l'accès aux soins et de l'équité en santé : émergences et enjeux autour de la mise en pratique Première partie – Politiques publiques et marché de la santé dans les pays en développement, septembre, 2010

Annexe A Chronologie de l'élaboration des SONU

2004	
Novembre-décembre	Réunions du groupe de travail technique sur le développement de la politique
2005	
Février	Atelier de développement de la politique
Septembre	Atelier de développement de la politique
2006	
Janv-mars	Étude d'évaluation des coûts réalisée pour l'évaluation du coût-efficacité des différents scénarios de subventions
Mars	Adoption par le Conseil des ministres
Avril	Atelier national de validation
Mai	Degré d'application
Mai-août	Ateliers régionaux d'orientation des départements régionaux de la santé et des districts de santé
Septembre	Atelier national
Septembre	Mémo du Secrétaire général (SG) de la Santé, demandant que son application entre en vigueur le 1 ^{er} octobre 2006
2007	
Mai-juillet	Évaluation du niveau de référence réalisée
Novembre-février 2008	Élaboration d'affiches et de brochures d'informations sur la subvention
2008	
Mars	Atelier de collaboration sur les problèmes d'application
Mars-Mai	Conception et diffusion d'annonces audio et vidéo de sensibilisation du public
Avril-septembre	Conception du programme logiciel EmONC (SYGSONU)
2009	
Juin	Début de la collaboration avec le ministère de l'Économie et des Finances
Octobre	Visite conjointe par les ministères de la Santé et de l'Économie et des Finances faite dans 6 régions sanitaires, 9 districts de santé, 5 hôpitaux régionaux et 1 centre hospitalier universitaire

Source : Adapté de V. Ridde et coll., 2011

Annexe B Liste des personnes rencontrées

Nom	Organisation	Poste
	Ministère de la Santé	Directeur du Département Administration et Finance (DAF)
Amadou Sangare	Ministère de l'Économie et des Finances	Directeur Général du Budget
Christophe Barrat	Agence Française de Développement	Directeur Adjoint
Gabriel Compaoré	ASMADE	
Jean-Benoit Perrot-Minnot	Agence Française de Développement	Chargé de Mission Macro-économie & développement humain
Leopold Ouédraogo	OMS	
Lorraine Gallagher	Délégation de l'Union Européenne au Burkina Faso	Chargée de Programmes Secteur Économie et Secteurs Sociaux
Marcel Kambiré	Ministère des Affaires Sociales	Responsable des Mutuelles
Maturin Kone	Coopération Allemande GIZ- MEF	Conseiller Technique auprès du Ministère de l'Économie et des Finances
Maurice Hours	UNICEF	Responsable du programme santé et nutrition
Nitiema Abdoulaye	Ministère de la Santé	Secrétaire Permanent du Plan National de Développement Sanitaire
Ousmane Diadié Haidara	Banque Mondiale	Spécialiste en Santé, Développement Humain
Pierre Yaméogo	Ministère de la Santé	Département de la Famille
Samuel Kabore	Centre d'Analyse des Politiques Économiques et Sociales	Chercheur
Mr. Sankara	Ministère de la Santé	Directeur du Département de la Santé et de la Femme
Seynou Saibou	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale, Comité de Pilotage de l'Assurance Maladie	Secrétaire Permanent