

MINISTRE DE LA SANTE

CABINET

SECRETARIAT TECHNIQUE DES
REFORMES SUR LE FINANCEMENT DE
LA SANTE



BURKINA FASO

La Patrie ou la Mort, nous Vaincrons

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

RAPPORT 2025



©Décembre 2025

AVANT-PROPOS DE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE



Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 demeure le cadre stratégique de référence pour le développement du système de santé et la mise en cohérence de l'ensemble des

interventions dans le secteur. Dans ce contexte, la cartographie dynamique des ressources s'impose comme un outil incontournable de planification, de coordination et de gouvernance. Elle offre une vision intégrée et actualisée de l'ensemble des financements disponibles, facilitant ainsi la mobilisation, l'allocation et l'utilisation optimale des ressources pour l'atteinte des objectifs nationaux de santé.

La cartographie joue un rôle déterminant dans la mise en œuvre de l'approche « un plan, un budget, un rapport ». Cet exercice annuel constitue un levier essentiel pour améliorer la transparence, l'équité, l'efficacité et la redevabilité dans la gestion des ressources du secteur. Il contribue à orienter les décisions stratégiques, à identifier les écarts de financement et à promouvoir une meilleure synergie entre les acteurs.

Cette quatrième édition, après celles de 2022, 2023 et 2024, s'inscrit dans une dynamique de continuité et d'amélioration. Elle consolide les acquis méthodologiques et renforce la culture de la donnée au sein du Ministère de la Santé et de ses partenaires. Les informations collectées auprès de multiples sources ont fait l'objet d'un processus rigoureux de validation et de triangulation, garantissant ainsi la fiabilité, la pertinence et la cohérence des analyses présentées.

La cartographie permet également de mieux visualiser la répartition géographique et thématique des interventions, de repérer les zones ou domaines sous-financés et de

soutenir les efforts d'équité dans la distribution des ressources. En plus de fournir une compréhension claire et commune du paysage financier du secteur, elle représente un outil d'aide à la décision qui soutient la planification tant opérationnelle que stratégique, tout en favorisant le dialogue entre les parties prenantes.

Je salue l'engagement continu des équipes du Ministère de la Santé, des autres ministères et institutions partenaires impliqués dans cette initiative. Leur contribution a été essentielle pour produire un document de référence utile à la planification et au dialogue sectoriel.

Je tiens également à remercier les partenaires techniques et financiers pour leur appui constant et leur collaboration dans la réalisation de cette cartographie, qui traduit notre volonté commune de renforcer la performance du système de santé.

Puissiez-vous trouver dans ce rapport 2025 une source d'information pertinente et fiable, destinée à éclairer les décisions, soutenir la coordination et renforcer la mise en œuvre du PNDS 2021-2030 pour garantir des services de santé et de nutrition de qualité au profit de toute la population.

Le Ministre de la Santé

Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU

Officier de l'Ordre de l'Étalon

Table des matières

Remerciements	5
Liste des tableaux et figures	6
Sigles et abréviations	7
Définitions opérationnelles.....	8
Résumé exécutif.....	9
Introduction.....	10
I. Contexte et objectifs	11
II. Méthodologie	13
1. Processus de réalisation de la cartographie des ressources	13
2. Défis et contraintes rencontrés.....	15
3. Considérations éthiques.....	15
III. Résultats.....	16
A. Situation des données collectées.....	17
B. Évolution et répartition des dépenses de santé 2023-2024	18
4. Évolution globale des dépenses de santé et des taux d'exécution financière.....	18
5. Dépenses par type d'organisation et par acteur (PTF)	20
6. Dépenses par domaine d'intervention et catégorie de coût	21
7. Dépenses par niveau administratif et par localité	23
8. Dépenses par programme budgétaire et articulation du PNDS	24
C. Évolution et répartition des ressources sanitaires 2025-2030.....	26
9. Répartition des ressources par acteur de financement.....	26
10. Répartition des ressources selon les priorités nationales	28
11. Analyse de l'équité dans la distribution des ressources.....	31
11.1. Allocation des ressources par niveau de la pyramide sanitaire.....	32
11.2. Allocation des ressources selon les localités et populations	33
12. Répartition des ressources par domaine d'intervention et catégorie de coûts	35
D. Analyse des gaps de financement du PNDS pour 2025-2030	38
E. Analyses des domaines prioritaires du système de santé	42
13. Analyse sur les Soins de Santé Primaires (SSP)	42
14. Analyse sur la Santé Communautaire (SC).....	44
15. Analyse sur la SRMNEA-N.....	46
15.1. Santé reproductive et santé maternelle	47
15.2. Santé néonatale et infantile	49
15.3. Nutrition.....	50
16. Analyse sur les principales pathologies.....	51

16.1.	Paludisme	51
16.2.	VIH/SIDA et IST	53
16.3.	Tuberculose	54
16.4.	Maladies non transmissibles (MNT).....	55
16.5.	Maladies tropicales négligées (MTN).....	56
16.6.	Epidémies	57
17.	Analyse du Renforcement du Système de Santé (RSS).....	58
F.	Suivi du niveau d'institutionnalisation	59
G.	Synthèse des recommandations phares	61
18.	Recommandations liées au processus de la cartographie.....	61
19.	Recommandations liées aux résultats de la cartographie.....	62
IV.	Discussion : Réalisme de la planification.....	63
20.	Importance et effets de la planification basée sur les ressources financières	63
21.	Processus intégré de planification stratégique et de budgétisation.....	64
V.	Conclusion	65
	Bibliographie.....	66
	Annexes	67
	Annexe 1 : Équipe de rédaction du rapport de la cartographie	67
	Annexe 2 : Sources des données de la cartographie	68
	Annexe 3 : Liste de 35 PTF (bailleurs) ciblés & taux de complétude.....	69
	Annexe 4 : Liste de tous les PTF (bailleurs) répondants 2025.....	71
	Annexe 5 : Evolution des différents cycles de cartographie.....	72
	Annexe 6 : Nouveau découpage administratif du Burkina Faso	73
	Annexe 7 : Ressources SSP 2025-2030 annuelles par habitant par district sanitaire.....	74

Remerciements

Nous adressons nos vifs remerciements à l'ensemble des institutions et partenaires qui ont contribué à la réalisation de la quatrième édition de la cartographie dynamique des ressources du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030.

Nous exprimons notre reconnaissance particulière à l'organisation Clinton Health Access Initiative (CHAI), à la Banque Mondiale et au Mécanisme de Financement Mondial (GFF) pour leur soutien technique, financier et stratégique tout au long du processus. Leur accompagnement constant a permis de renforcer la qualité de l'analyse, la fiabilité des données et la portée opérationnelle de cette cartographie.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, ainsi que leurs points focaux, pour leur implication active dans la collecte et la mise à jour des informations. Leur engagement, leur disponibilité et leur rigueur ont été essentiels pour assurer la cohérence et la crédibilité des résultats présentés dans ce rapport.

Nos remerciements s'adressent aussi au Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) et au Ministère des Affaires Étrangères, de la Coopération Régionale et des Burkinabè de l'Extérieur (MAECRBE) pour leurs appuis constants et leur collaboration exemplaire. Grâce à leur engagement, nous avons pu assurer une coordination fluide entre les différentes institutions concernées et garantir la bonne conduite de cet exercice.

Nous souhaitons saluer la mobilisation remarquable de nos équipes, à tous les niveaux du système de santé ainsi que la contribution des partenaires nationaux et internationaux. Leur travail, leur sens du devoir et leur esprit de collaboration ont été déterminants pour la réussite de cette édition.

À travers cette quatrième édition, nous réaffirmons notre volonté de renforcer la planification, la transparence et la redevabilité dans le financement du secteur de la santé. Nous sommes convaincus que ce rapport contribuera à améliorer la coordination des interventions, à optimiser l'utilisation des ressources et à favoriser un meilleur alignement des partenaires autour du principe directeur : « un plan, un budget, un rapport ».



GLOBAL
FINANCING
FACILITY



BANQUE MONDIALE

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Plan d'analyses principales des données de la cartographie	14
Tableau 2 : Répartition des dépenses 2023-2024 par domaine d'intervention.....	22
Tableau 3 : Synthèse des gaps de financement par programme, OS, et niveau administratif	40
Tableau 4 : Synthèse des gaps de financement par domaine prioritaire du système de santé	41
Tableau 5 : Financement RSS 2025-2030	58
Figure 1: Ancrage stratégique de l'exercice de cartographie des ressources	12
Figure 2 : Processus d'élaboration de la cartographie des ressources du PNDS 2021-2030	13
Encadré 3: Défis et contraintes de la cartographie des ressources édition 2025	15
Figure 4 : Taux de complétude des données de la 4 ^e édition de la cartographie	17
Figure 5 : Evolution et types de dépenses de santé (2023-2024)	18
Figure 6 : Taux d'exécution financière des ressources sanitaires (2023-2024).....	19
Figure 7 : Evolution des taux d'exécution financière MS, Etat et PTF (2021-2024).....	19
Figure 8 : PTF ayant exécuté moins de 80% de leurs budgets (2023-2024).....	20
Figure 9 : Répartition des dépenses par type d'organisation et par acteur (2023-2024).....	21
Figure 10 : Répartition des dépenses par domaine d'intervention (2023-2024)	22
Figure 11 : Répartition des dépenses par niveau administratif (2023-2024)	23
Figure 12 : Répartition des dépenses par habitant (2023-2024)	24
Figure 13 : Répartition des dépenses par programme budgétaire (2023-2024).....	24
Figure 14 : Répartition des dépenses par orientation stratégique (2023-2024).....	25
Figure 15 : Evolution et répartition des ressources de santé (2025-2030)	26
Figure 16 : Répartition des ressources 2025-2030 par PTF (bailleurs).....	27
Figure 17 : Répartition des ressources 2025-2030 par programme budgétaire	28
Figure 18 : Liste des 5 orientations stratégiques du PNDS 2021-2030	29
Figure 19 : Répartition des ressources 2025-2030 par orientation stratégique	30
Figure 20 : Fonctions et objectifs de la CSU, OMS (2007).....	31
Figure 21 : Structure de financement 2025-2030 par niveau administratif	32
Figure 22 : Répartition des ressources 2025-2030 par niveaux administratifs et de soins	33
Figure 23 : Répartition régionale des ressources totales et par habitant 2025-30.....	34
Figure 24 : Répartition régionale des ressources par habitant vs. standards	35
Figure 25 : Répartition des ressources des domaines de RSS 2025-2030	36
Figure 26 : Répartition des ressources des domaines pathologies et autres 2025-2030	36
Figure 27 : Répartition des ressources 2025-2030 par catégorie de coûts	37
Figure 28 : Gaps globaux annuels de financement du PNDS pour 2025-2030	38
Figure 29 : Evolution, part et structure de financement des Soins de Santé Primaires (SSP).....	43
Figure 30 : Gaps annuels de financement des Soins de Santé Primaires (SSP)	43
Figure 31 : Evolution du financement de la santé communautaire 2023-2030	44
Figure 32 : Financement de la santé communautaire par source (2025-2030)	44
Figure 33 : Gaps annuels de financement de la SNSC 2024-2028	45
Figure 34 : Evolution du financement de la SRMNEA-N 2025-30 par source de financement	46
Figure 35 : Courbes et indices de concentration des dépenses 2023-2024 SRMNEA-N et les taux de mortalité maternelle dans les régions sanitaires du Burkina Faso	48
Figure 36 : Efficience régionale dans l'utilisation des ressources SRMNEA-N 2023-2024	48
Figure 37 : Ressources de santé néonatale et infantile 2025-2030 par région et cible	49
Figure 38 : Equité dans la répartition des ressources de la nutrition 2025 par région et cible	50
Figure 39 : Evolution annuelle du financement du paludisme de 2023-2030	51
Figure 40 : Répartition des dépenses/hbt (2023) vs. taux de létalité du paludisme (2024)	52
Figure 41 : Gaps de financement du paludisme 2026-30 selon le PSN Paludisme provisoire	52
Figure 42 : Financement du VIH/SIDA de 2023-2030	53
Figure 43 : Gaps de financement du VIH/SIDA et IST 2026-30 selon le PNDS	53
Figure 44 : Dépenses TB vs. Cas TB par région 2024	54
Figure 45 : Evolution et structure de financement des MNT 2025-2030.....	55
Figure 46 : Gap de financement MNT 2025-2030	55
Figure 47 : Financement MTN 2023-2030	56
Figure 48 : Répartition du financement MTN 2025-2030 par catégorie de coûts	56
Figure 49 : Evolution du financement épidémies de 2025-2030	57
Figure 50 : Répartition du financement épidémies de 2025-2030 par niveau d'exécution	57
Figure 51 : Evolution du financement RSS 2023-2030	58
Figure 52 : Score d'institutionnalisation 2024 de l'exercice de cartographie des ressources	59
Figure 53: Processus recommandé pour l'intégration de la planification et la budgétisation	64

Sigles et abréviations

AI	Axe d'Intervention du PNDS 2021-2030
CHAI	Clinton Health Access Initiative
CNAMU	Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle
CNIS	Centre National d'Intelligence Sanitaire
CNLS-IST	Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles
CS	Comptes de la santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CRSD	Cartographie des ressources et suivi des dépenses
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DGF	Direction de la Gestion des finances
DPI	Digital Public Infrastructure
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFF	Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OS	Orientation Stratégique du PNDS 2021-2030
PATG	Plan d'Action Triennal Glissant
PCIME/TETU	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant/ Triage, Evaluation et Traitement d'Urgence
PDI	Personnes Déplacées Internes
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
RSS	Renforcement du Système de Santé
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SNDS	Stratégie Nationale de Développement Sanitaire
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SRMNEA-N	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant, des Adolescents et la Nutrition
SRS	Suivi des Ressources Sanitaires
SSP	Soins de Santé Primaires
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WASH	Water, Sanitation, and Hygiene

Définitions opérationnelles

- ▶ **Acteurs de mise en œuvre** : acteurs qui délivrent des services en lien avec la santé. Ils sont aussi désignés par partenaires d'exécution ou partenaires d'implémentation. Il peut s'agir des structures publiques de santé ou d'action sociale, de prestataires privés, d'organisations non gouvernementales (nationales et internationales), d'associations.
- ▶ **Approche « un plan, un budget, un rapport »** : approche retenue comme cadrage du PNDS 2021-2030. Elle vise à renforcer la cohérence et l'alignement des interventions et financements du secteur de la santé en regroupant tous les acteurs autour d'un plan stratégique unique (PNDS 2021-2030), d'une budgétisation intégrée incluant les contributions de toutes les parties prenantes, et d'un système de suivi harmonisé fondé sur des indicateurs communs et un format de rapport standardisé.
- ▶ **Budget programme** : outil de programmation, de budgétisation et d'évaluation des programmes d'une organisation qui met l'accent sur la relation entre les crédits alloués et les résultats attendus et diffuse la culture de résultat dans l'administration en transformant le budget de moyens en un budget axé sur les résultats.
- ▶ **Comptes de santé** : les comptes de santé retracent les dépenses et analysent de façon détaillée la consommation finale de soins de santé et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages.
- ▶ **Intervention** : action ou ensemble organisé d'actions (politique, programme, projet) visant à résoudre ou améliorer une situation jugée problématique.
- ▶ **Intervenants** : organismes participants à la réalisation des interventions. Il s'agit à la fois des sources de financement et des acteurs de mise en œuvre.
- ▶ **Loi de finances** : la loi de finances détermine, pour un exercice, la nature, le montant et l'affectation des ressources et des charges de l'État dans le secteur de la santé, ainsi que l'équilibre budgétaire et financier qui en résulte.
- ▶ **Sources de financement** : Ce sont les institutions finançant les interventions. Celles-ci regroupent, sans être exhaustif, l'État, les collectivités territoriales, les partenaires techniques et financiers (bailleurs et donateurs), les ménages, le secteur privé, etc.
- ▶ **Type de financement** : il désigne la responsabilité finale du financement. Ainsi un financement obtenu auprès d'un PTF sous forme de dette est catégorisé dans le type de financement « Etat ». En revanche les financements sous forme de subventions/dons sont du type « PTF ».
- ▶ **Type d'organisation** : il catégorise les financements selon la nature de la source de financement : Agences des Nations Unies, Bilatéral, Multilatéral, Financement étatique, ONG/Fondations, Ménages et secteur privé.

- ▶ La quatrième édition de la cartographie dynamique des ressources du secteur de la santé, conduite par le Ministère de la Santé, s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030. Cet exercice vise à collecter, consolider, analyser et visualiser l'ensemble des interventions menées par les différents acteurs du système de santé – notamment l'État, les partenaires techniques et financiers (PTF), le secteur privé et les ménages.
- ▶ Cette cartographie permet d'examiner la répartition des ressources et des dépenses selon les sources de financement, les niveaux d'exécution, les catégories de coûts et les domaines prioritaires du PNDS, tout en identifiant les écarts de financement. Les analyses portent sur les dépenses effectives de la période rétrospective 2023-2024 et sur les ressources programmées pour la période prospective 2025-2030.
- ▶ Les résultats issus de cette cartographie constituent une base essentielle pour appuyer divers cas d'utilisation notamment la planification stratégique, la budgétisation fondée sur des données probantes et la mobilisation ou la réaffectation efficiente des ressources. Ils contribuent à renforcer l'équité, l'efficacité, la transparence et la redevabilité du système de santé, en soutenant la mise en œuvre d'actions stratégiques et opérationnelles visant à bâtir un système plus résilient, performant et équitable, garantissant un accès optimal aux soins pour l'ensemble de la population.
- ▶ Des recommandations spécifiques ont été formulées afin de traduire les résultats en actions concrètes et d'assurer l'amélioration continue ainsi que l'institutionnalisation durable du processus de cartographie dynamique des ressources.

RESULTATS CLES CRSD 2025

- **Sources de financement** : sur la période 2025-2030, plus de 6 447 milliards de FCFA sont alloués au système de santé. L'État et les ménages y contribuent chacun de manière quasi-proportionnelle avec une part se situant en moyenne à 39% par année. La contribution des PTF chute à 18% contre des niveaux historiques de plus de 27%, et celle du secteur privé est de 4%.
- **Niveau administratif** : sur la période 2025-2030, le niveau central capte 11% des ressources totales. Le niveau intermédiaire ou régional reçoit 32% des ressources. Quant au niveau opérationnel ou district sanitaire, il enregistre 57% des ressources.
- **Répartition régionale** : sur la période 2025-2030, les régions telles que le Sud-Ouest (Djôrô) avec 24 633 FCFA ou le Centre (Kadiogo) avec 23 981 FCFA présentent les niveaux de ressources par habitant les plus élevés, tandis que l'Est (Goulmou, Sirba, Tapoa) avec 16 243 FCFA, le Centre-Nord (Kuilsé) avec 16 482 FCFA et la Boucle du Mouhoun (Bankui, Sourou) avec 17 924 FCFA bénéficient d'un financement important en volume mais inférieur ou proche de la moyenne nationale par habitant (19 314 FCFA).
- **Dépenses en santé et taux d'exécution** : avec un taux d'exécution moyen de 91%, les dépenses en santé qui s'élèvent à 2 075 milliards de FCFA pour la période 2023-2024, ont crû de 2% entre les deux années.
- **Gaps de financement** : pour 2025-2030 le gap de financement s'élève à 809 milliards de FCFA (soit 17% des besoins de financement). La quasi-totalité des domaines prioritaires présente des déficits de financement appelant non seulement à des efforts de mobilisation de ressources additionnelles pérennes mais aussi et surtout à une meilleure planification, allocation et gestion des ressources disponibles.

Introduction

Le Burkina Faso, à travers le Ministère de la Santé (MS), a développé la cartographie dynamique des ressources du secteur de la santé dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030. Cette initiative s'inscrit dans une démarche intégrée visant à renforcer la planification, la gestion budgétaire et le suivi des résultats, conformément au principe : « un plan, un budget, un rapport ». Cette approche vise à renforcer la cohérence et l'alignement des interventions et financements du secteur de la santé en regroupant tous les acteurs autour d'un plan stratégique unique (PNDS 2021-2030), d'une budgétisation intégrée incluant les contributions de toutes les parties prenantes, d'un système de suivi harmonisé fondé sur des indicateurs communs et un format de rapport standardisé.

La quatrième édition de cette cartographie, réalisée en 2025, constitue un outil stratégique majeur pour améliorer la transparence, l'efficacité et l'équité dans l'allocation des ressources, tout en soutenant la performance globale du système de santé et les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

La démarche adoptée repose sur deux composantes complémentaires : i) un volet prospectif, qui recense les programmes et financements prévus pour les trois prochaines années ; ii) un volet rétrospectif, qui analyse les dépenses effectivement réalisées au cours des deux années précédentes. Cette approche permet d'obtenir une vision complète et cohérente des flux financiers et des interventions du secteur, tout en favorisant une meilleure coordination entre les acteurs – État, partenaires techniques et financiers, secteur privé et collectivités territoriales. L'objectif est de garantir des services de santé intégrés, équitables et alignés sur les priorités nationales.

En pleine institutionnalisation comme outil stratégique d'aide à la décision, la cartographie renforce la planification budgétaire et la priorisation des besoins identifiés dans le PNDS. Elle permet d'évaluer les ressources mobilisées, de détecter les écarts de financement et de suivre l'utilisation des fonds alloués au secteur de la santé, contribuant ainsi à une gouvernance plus efficiente et responsable.

L'appropriation de cet outil par l'ensemble des parties prenantes – décideurs publics, partenaires techniques et financiers, ainsi que les acteurs locaux – est essentielle. Elle favorise une répartition plus équitable des ressources, une prise de décision fondée sur l'évidence et une meilleure harmonisation des interventions, maximisant ainsi leur impact au bénéfice des populations.

Les travaux réalisés en 2025 ont abouti à la production du présent rapport structuré en 5 principales parties :



I. Contexte et objectifs

L'amélioration durable de la santé des populations sur toute l'étendue du territoire national repose sur une vision commune et un cadre stratégique fédérateur qui rassemble l'ensemble des acteurs du système de santé autour d'objectifs partagés. Dans cette dynamique, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 constitue l'outil de référence pour orienter, coordonner et harmoniser les interventions du secteur.

Son élaboration s'appuie sur l'approche « un plan, un budget, un rapport », garantissant une planification intégrée, une budgétisation cohérente et un suivi harmonisé des performances à travers des plans triennaux glissants et des plans de travail annuels fondés sur des indicateurs communs.

Structuré autour de cinq orientations stratégiques et de trente-deux axes d'intervention, le PNDS tire les leçons de l'évaluation du plan précédent (2011-2020). Pour remédier aux défis relevés dans la mise en œuvre du PNDS 2011-2020, une innovation majeure a été introduite : la cartographie dynamique des ressources, un dispositif permettant de suivre les financements, identifier les écarts de ressources et optimiser leur allocation.

En offrant une vue d'ensemble des contributions de l'État, des partenaires techniques et financiers, du secteur privé et des autres acteurs sur un horizon de trois à cinq ans, la cartographie renforce la transparence, l'équité et l'efficacité dans la gestion du secteur. Complémentaire aux comptes de santé et aux bilans consolidés des plans d'action, elle s'impose comme un outil stratégique et opérationnel d'aide à la décision au service d'une gouvernance sanitaire plus performante et plus inclusive.

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

- (i) Établir un processus dynamique qui reflète les ressources mobilisées et dépensées dans le secteur de la santé, y compris les ressources domestiques et extérieures ;
- (ii) Identifier les différentes parties prenantes du secteur de la santé ainsi que leurs actions spécifiques et transversales ;
- (iii) Aider à la prise de décision fondée sur des données probantes pour améliorer la coordination et la gestion des ressources ;
- (iv) Renforcer le processus de coordination et de gestion financière standardisée et harmonisée pour plus de redevabilité des processus de suivi financier ;
- (v) Analyser et anticiper les risques liés au financement du PNDS 2021-2030.

Le processus de cartographie dynamique des ressources répond à de multiples questions :



Qui finance le secteur de la santé ?



Quelles sont les activités qu'ils financent ?



Quelles sont les localités financées ?



Quelle est la période de mise en œuvre ?



Est-ce que les activités sont liées aux priorités nationales ?



Quelles ressources financières sont nécessaires et combien ont été mobilisées ?



Existe-t-il des gaps de financement ? comment éventuellement les combler ?

En somme, la cartographie dynamique des ressources est une démarche qui vise à renforcer l'équité, la transparence et l'efficacité dans l'utilisation des ressources, tout en soutenant le leadership. Elle est à sa quatrième édition annuelle (voir annexe 5) et repose sur un processus structuré de collecte des données financières auprès de l'ensemble des acteurs, une visualisation claire des ressources disponibles et des dépenses engagées, une analyse des insuffisances de financement, un mécanisme de partage d'informations ainsi qu'une base solide pour instaurer un partenariat global, efficace et mutuellement bénéfique.

Cet exercice de cartographie s'appuie sur un ancrage institutionnel et stratégique fort, dont les missions mettent en cohérence les Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies et les référentiels nationaux en vigueur en matière de santé.

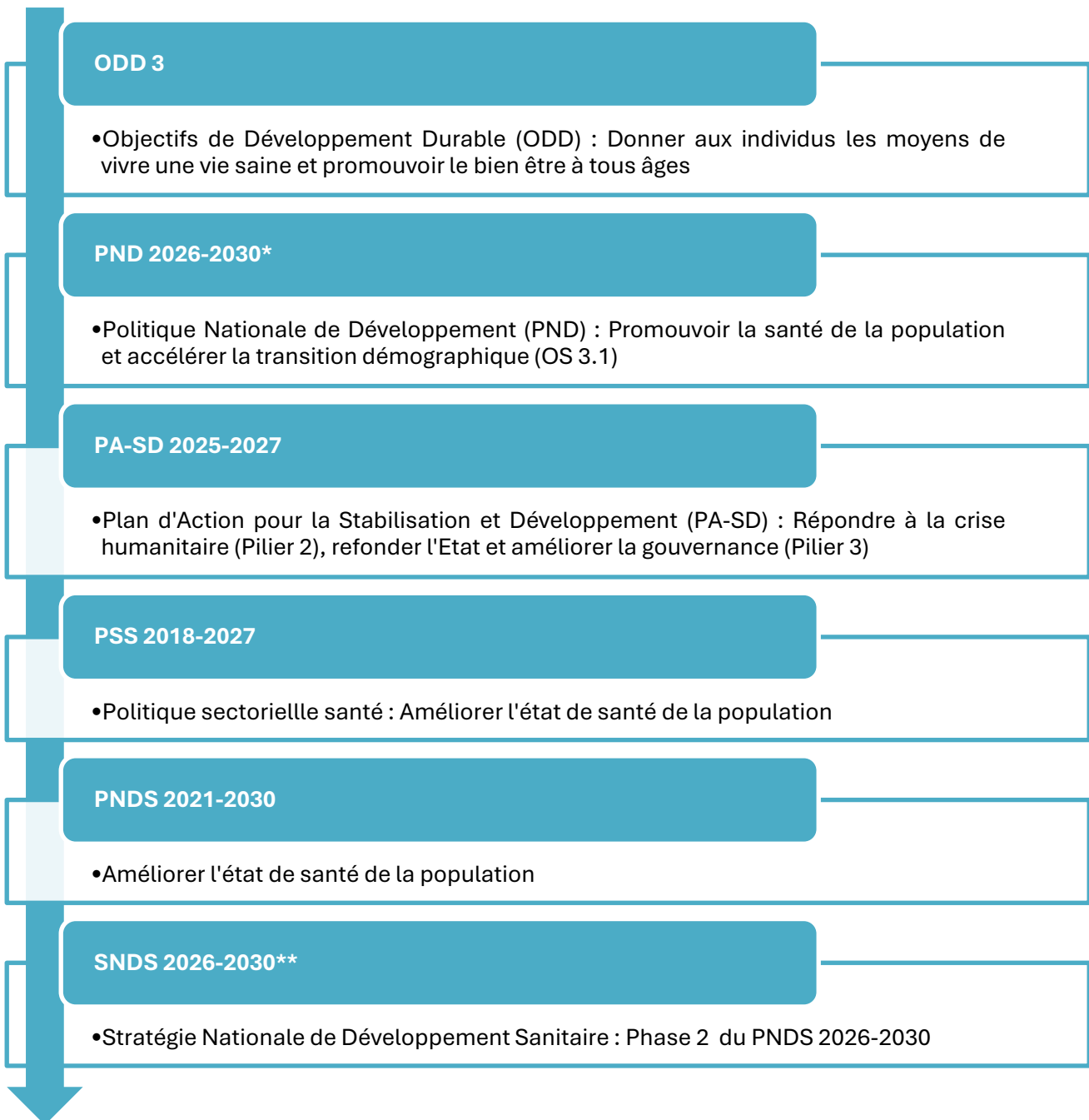


Figure 1: Ancrage stratégique de l'exercice de cartographie des ressources

* PND 2026-2030 en cours de finalisation et validation (MEF)

** SNDS 2026-2030 en cours d'évaluation et d'actualisation (DGESS/MS)

II. Méthodologie



Le champ d'application de la cartographie dynamique des ressources englobe l'ensemble des interventions en matière de santé menées par les différentes parties prenantes du secteur au Burkina Faso. Chaque intervention est solidement étayée entre autres par ses objectifs et actions clés, et est alignée sur les programmes budgétaires, ainsi que les orientations stratégiques et les axes d'intervention du PNDS 2021-2030. De plus, elle est classée dans le(s) domaine(s) d'intervention correspondant(s) et elle précise les différents acteurs de financement, les catégories de coûts, les niveaux d'exécution, ainsi que les montants budgétisés (2025-2030) et dépensés (2023-2024).

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

1. Processus de réalisation de la cartographie des ressources

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

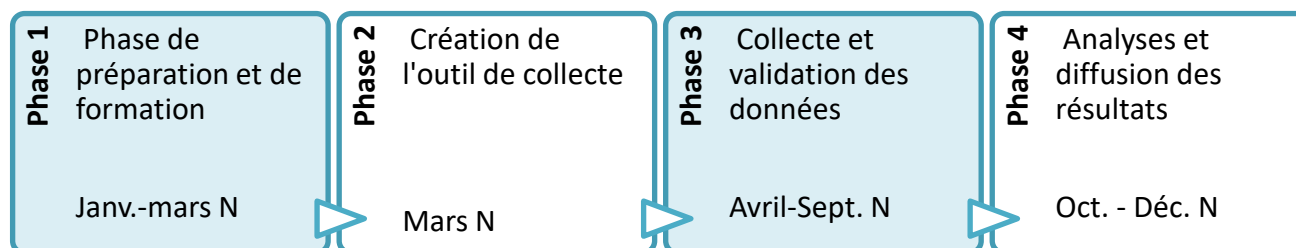


Figure 2 : Processus d'élaboration de la cartographie des ressources du PNDS 2021-2030

- ▶ **Phase 1 – Phase préparatoire** : cette phase initiale permet de poser les bases du cycle de cartographie. Elle inclut d'une part les réunions d'orientation pour assurer une compréhension commune du processus, les analyses documentaires et l'identification des flux financiers. De plus, au cours de cette phase préparatoire, le comité technique de la cartographie procède au développement et à la mise à jour des modules de formation et à l'administration de ces formations aux acteurs.
- ▶ **Phase 2 – Création et validation de l'outil de collecte et des critères de données** : cette étape balise le terrain pour une collecte de données plus précise et complète. Au cours de cette phase, les critères et catégories de données à collecter sont identifiés et intégrés au formulaire digital de collecte de données¹. Cette intégration des éléments à collecter se fait de manière participative et prend en compte les recommandations issues de l'édition précédente de CRSD.
- ▶ **Phase 3 – Collecte et validation des données** : cette phase constitue l'une des étapes clés du processus de CRSD. Elle consiste à organiser et à superviser la collecte

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

de données auprès de l'ensemble des parties prenantes (Etat, projets et programmes de développement, PTF). Elle consiste également à assurer le contrôle de la qualité des données soumises quitte à les revalider individuellement auprès de chaque acteur. Les sources des différentes données alimentant la cartographie des ressources sont listées en annexe 2. Par ailleurs, des clés de répartition sont définies et intégrées à la plateforme de collecte de données. Ces clés ne sont utilisées que lorsque l'acteur manque de visibilité pour une désagrégation optimale des données.

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

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

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

Thématiques	Principaux critères d'analyses
1. Analyse des dépenses en santé et des taux d'exécution réalisés (2023-2024)	1.1 Analyse de l'évolution annuelle des dépenses en santé et des taux d'exécution correspondants
	1.2 Analyse de la répartition des dépenses en santé par type de financement, source de financement, programme budgétaire
	1.3 Analyse de la répartition des dépenses en santé par orientation stratégique, et par axe d'intervention du PNDS 2021-2030
	1.4 Analyse de la répartition des dépenses en santé par domaine d'intervention, catégorie de coûts, niveau de soins
	1.5 Analyse de la répartition géographique des dépenses en santé
2. Analyse de l'évolution et la répartition des ressources en santé (2025-2030)	2.1 Analyse de l'évolution annuelle des ressources en santé
	2.2 Analyse de la répartition des ressources en santé par type de financement, source de financement, programme budgétaire
	2.3 Analyse de la répartition des ressources en santé par orientation stratégique, et par axe d'intervention du PNDS 2021-2030
	2.4 Analyse de la répartition des ressources en santé par domaine d'intervention, catégorie de coûts, niveau de soins
	2.5 Analyse de la répartition géographique des ressources en santé
3. Analyse des gaps de financement	3.1 Analyse du gap total de financement
	3.2 Analyse du gap par programme budgétaire
	3.3 Analyse de gaps par orientation stratégique et par axe d'intervention du PNDS 2021-2030
	3.4 Analyse de gap par domaine d'intervention et par niveaux de soins
4. Analyses portant sur des domaines spécifiques	4.1 Analyse Santé Communautaire (SC)
	4.2 Analyse SRMNEA-N
	4.3 Analyse Soins de Santé primaires (SSP) & Renforcement du Système de Santé (RSS)
	4.3 Analyse de quelques pathologies clés

2. Défis et contraintes rencontrés

La cartographie dynamique des ressources dans le secteur de la santé a généré des résultats encourageants grâce à l'activation de plusieurs leviers, tels que l'implication soutenue et la mobilisation proactive de l'équipe dédiée, ainsi que l'utilisation d'une plateforme numérique facilitant la collecte des données. Néanmoins, diverses contraintes ont entravé la pleine réalisation des objectifs initiaux, amenant l'équipe à réajuster continuellement ses interventions. Ces difficultés ont eu un impact aussi bien sur l'ensemble du processus que sur certaines étapes clés. Les principaux défis et limites rencontrés au cours de cette édition de la cartographie des ressources sont présentés dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 1 : Défis et contraintes de la cartographie des ressources édition 2025

- La non-disponibilité des données annuelles suffisamment désagrégées en termes de budgets (2025-2030) et de dépenses (2023-2024) pour certains PTF pour toute la période d'analyse ;
- La faible désagrégation des données de certains acteurs (Etat, PTF) selon les critères et articulations de l'outil digital de collecte de données tels que les domaines, les sous-domaines, les cibles, les catégories de coûts, les zones géographiques (région et district), les niveaux de soins ;
- L'instabilité de la plateforme digitale de collecte pendant la collecte de données ;
- La lente réactivité de certains PTF et responsables de projets et programmes de développement dans la désignation de leurs points focaux ;
- La lenteur de certains points focaux dans le remplissage des données sur la plateforme digitale de la cartographie ;
- Le manque de disponibilité (et parfois de capacités techniques) de certains membres de l'équipe de la cartographie pour intervenir à certaines phases cruciales du processus de cartographie des ressources (collecte, validation, analyses de données).

3. Considérations éthiques

La cartographie dynamique des ressources, réalisée par le MS en collaboration avec l'ONG CHAI, s'inscrit dans le cadre de l'opérationnalisation du PNDS 2021-2030, élaboré selon l'approche « un plan, un budget, un rapport », et du renforcement de la gestion des finances publiques. Cette initiative a permis de collecter un ensemble d'informations programmatiques et financières auprès de l'État, des projets et programmes de développement, ainsi que des partenaires techniques et financiers (PTF).

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

III. Résultats



Les résultats de la cartographie des ressources dans le secteur de la santé au Burkina Faso offrent une analyse approfondie et structurée, permettant d'éclairer les décisions stratégiques et d'orienter les actions des différentes parties prenantes. Grâce à l'examen minutieux des données programmatiques et financières recueillies auprès des structures publiques, des partenaires techniques et financiers et des acteurs de mise en œuvre, l'équipe de cartographie a pu identifier non seulement des tendances majeures, mais également des priorités émergentes qui reflètent l'évolution des besoins du système de santé.

De manière plus spécifique, ces résultats mettent en exergue la répartition des ressources et le niveau réel des dépenses selon plusieurs dimensions clés : les domaines programmatiques (tels que la santé maternelle et infantile, la lutte contre les maladies transmissibles ou la santé communautaire), les différents niveaux du système de soins, les disparités régionales ou infranationales, ainsi que les principales catégories de coûts (investissement, fonctionnement, ressources humaines, etc.). Cette vision détaillée aide à mesurer la cohérence entre les enveloppes budgétaires allouées et les besoins prioritaires du secteur, tout en permettant d'apprécier le degré d'équité territoriale ou populationnelle et l'efficacité des interventions financées. L'identification des zones de fragilité ou des domaines sous-financés constitue également un levier essentiel pour formuler des recommandations stratégiques visant une utilisation plus rationnelle et plus efficiente des ressources disponibles.

En fournissant une compréhension globale et actualisée du paysage financier et programmatique du secteur de la santé, ces résultats offrent aux décideurs une base solide pour élaborer des plans stratégiques et opérationnels plus pertinents et mieux ciblés. Ils permettent également au système de renforcer sa capacité d'anticipation face aux défis émergents, tels que les épidémies, les fluctuations budgétaires ou les besoins accrus en ressources humaines. En somme, la cartographie des ressources constitue un outil incontournable pour soutenir une planification efficace, favoriser des décisions fondées sur des données probantes et optimiser l'allocation ainsi que la réaffectation des ressources, dans l'objectif ultime d'améliorer la performance globale et les résultats sanitaires au Burkina Faso.

Par ailleurs, les résultats de la cartographie jouent un rôle catalyseur dans la coordination entre les différents acteurs du secteur de la santé. En offrant une vision transparente des contributions de chaque intervenant, ils facilitent l'harmonisation des interventions et la réduction des duplications ou chevauchements dans la mise en œuvre des programmes. Cette transparence favorise un dialogue constructif entre l'État, les partenaires techniques et financiers, les ONG et le secteur privé, créant ainsi un environnement de collaboration plus cohérent et orienté vers les priorités nationales.

En outre, la cartographie permet de renforcer le plaidoyer en faveur d'un financement plus durable de la santé. En mettant en évidence les écarts entre les besoins et les ressources disponibles, elle fournit aux décideurs des arguments solides pour mobiliser davantage de financement domestique et externe. Elle contribue ainsi à consolider les efforts nationaux en matière de couverture sanitaire universelle, tout en soutenant la recherche de solutions innovantes pour améliorer l'efficacité du financement de la santé.



A. Situation des données collectées

Les données utilisées pour cette édition de la cartographie des ressources proviennent d'une diversité de sources, conformément à la méthodologie décrite ci-haut. Elles émanent notamment de l'État, des projets et programmes de développement, des partenaires techniques et financiers ainsi que de leurs structures d'implémentation. À ces informations s'ajoutent des données issues des ménages et du secteur privé, obtenues à partir d'estimations et de projections statistiques réalisées sur la base des Comptes de santé produits par la DGESS, de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM)² conduite par l'INSD, ainsi que du Plan stratégique de développement du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)³.

Au terme de l'exercice de cartographie 2025, un taux de complétude de données de 94% a été obtenu soit une progression de 1% par rapport aux 93% réalisés à l'édition 2024⁴ :

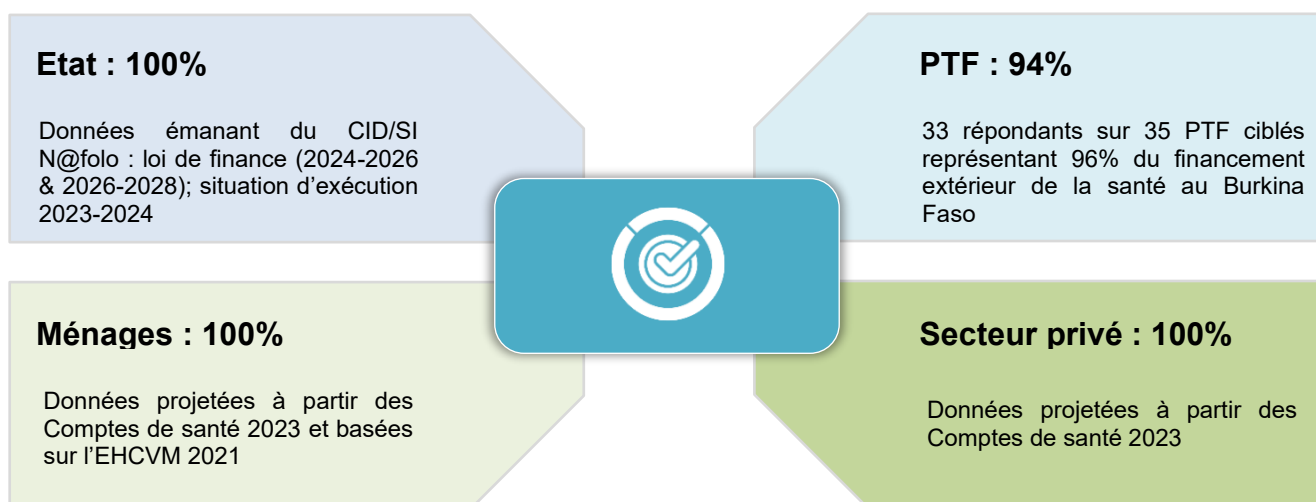


Figure 4 : Taux de complétude des données de la 4^e édition de la cartographie

NB : Le taux de réponse des PTF continue de s'améliorer au fil des années. Il atteint 94% pour cette édition après avoir enregistré 93% en 2024, 88% en 2023 et 62% en 2022. La liste des acteurs et les niveaux de complétude par année sont fournis en annexe. Par ailleurs, la loi de finance s'arrêtant en 2028, une projection est réalisée pour la période 2029 et 2030 tenant compte du taux de croissance annuel moyen du financement étatique sur la période de disponibilité des données déclarées à savoir 2020 à 2028. De même des projections sur les données de certains PTF est réalisée pour la période allant de 2026 à 2030.

Par ailleurs, la base de données actuelle de la cartographie dynamique des ressources contient déjà les données 2020-2030 réparties selon le nouveau découpage administratif en 17 régions (voir annexe 6). Toutefois, pour assurer la cohérence d'ensemble et faciliter l'intégration et les analyses avec d'autres sources comme l'annuaire statistique, le présent rapport présente les données en précisant la nouvelle appellation des régions le cas échéant.

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

³ <https://tinyurl.com/3ra4smw3>

⁴ Les autres sources (Etat, Ménages, Secteur privé) étant des données de source secondaire, la complétude considérée comme globale est celle des PTF. Au démarrage de l'exercice de cartographie, 35 PTF ont été ciblés prioritairement parmi lesquels 33 ont fourni leurs données qui ont été désagrégées par leurs 163 partenaires d'exécutions (PE). En prenant en compte les PTF non ciblés au départ, la BDD de la cartographie contient les données de 48 PTF pour cette édition (voir annexe 4).

B. Évolution et répartition des dépenses de santé 2023-2024

L'examen des dépenses de santé constitue un outil central pour comprendre comment les ressources financières sont mobilisées et transformées en services concrets au bénéfice de la population. Cette analyse révèle non seulement la dynamique d'évolution des budgets alloués au secteur, mais aussi la manière dont ils sont répartis, utilisés et alignés sur les priorités nationales. Elle met en lumière la pertinence des décisions budgétaires prises et offre une vision intégrée et détaillée des flux financiers au sein du système de santé.

Elle fournit aux décideurs des éléments essentiels pour élaborer des politiques fondées sur des données fiables, orienter les interventions selon les priorités stratégiques du pays et garantir une gestion optimale et équitable des ressources. Ces efforts soutiennent l'atteinte d'objectifs majeurs, tels que l'amélioration de la qualité des services de santé et la progression vers la couverture sanitaire universelle (CSU).

Dans le présent rapport, l'analyse des dépenses de santé porte sur la période 2023-2024 et inclut une évaluation des taux d'exécution budgétaire. Elle dépasse ainsi le simple contrôle des dépenses pour offrir une perspective approfondie sur les tendances de financement de la santé ainsi que sur l'efficacité opérationnelle face aux défis sanitaires et financiers actuels.

4. Évolution globale des dépenses de santé⁵ et des taux d'exécution financière

Les dépenses de santé enregistrent une croissance de 2% entre 2023 et 2024 passant de 1027 milliards de FCFA à 1048 milliards de FCFA. L'augmentation observée s'explique principalement par la progression des financements publics (ressources propres et emprunts) qui ont enregistré une hausse de 9% entre les deux années, passant de 277 à 303 milliards FCFA. Cette évolution traduit un effort accru de l'État pour renforcer la mobilisation des ressources publiques au profit du secteur de la santé. Elle participe ainsi à réduire la dépendance extérieure et à garantir un financement plus durable des priorités nationales, conformément aux orientations stratégiques du PNDS. Sur ces deux dernières années, le financement des PTF a quant à lui enregistré une baisse de 8%, s'expliquant par le fait que 2024 fût l'année de finalisation de plusieurs projets d'envergure tels que le Projet de renforcement des services de santé (PRSS) et le Projet de préparation et de riposte au COVID-19 (PPR-COVID-19).

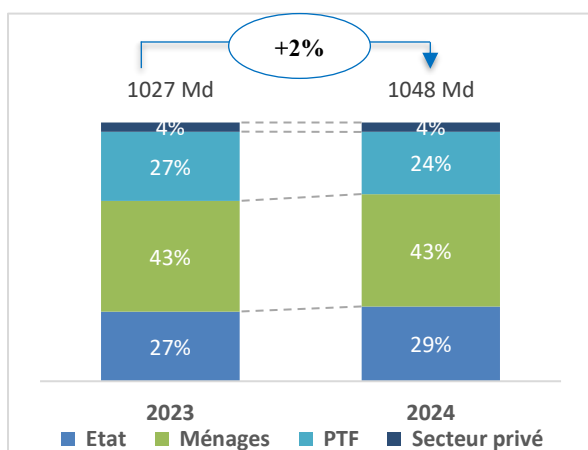


Figure 5 : Evolution et types de dépenses de santé (2023-2024)

La structure de dépenses de santé sur la période 2023-2024 révèle une prépondérance des dépenses directs des ménages dans les dépenses totales de santé au Burkina Faso soit 43%.

Cela met en évidence que les dépenses catastrophiques restent élevées dans la structure de financement de la santé au Burkina Faso. Par conséquent, il est essentiel pour les différentes parties prenantes de s'engager à y remédier de manière innovante, afin de renforcer la protection financière et de garantir l'accès des populations, en particulier les plus vulnérables, à des soins de santé de qualité.

⁵ Les données de 2023 connaissent une variation de 187 milliards de FCFA par rapport au rapport 2024 de la cartographie. Cela provient de la prise en compte des données réelles (en lieu et place des projections) des ménages et du secteur privé sur la base du dernier rapport des comptes de santé publié en 2025.

Le taux d'exécution (TE) financière s'élève à 91% sur les deux années (2023-2024) soit 91% en 2023 et 92% en 2024. L'analyse des taux d'exécution (TE) notamment en fonction des différentes sources de financement revêt d'une importance capitale⁶.

A cet effet, l'exécution financière des ressources étatiques (Ministère de la Santé et autres institutions publiques et prêts contractés) s'élèvent à hauteur de 91% sur les deux années (soit 89% en 2023 et 94% en 2024) et les ressources des partenaires techniques et financiers à hauteur de 79% (soit 81% en 2023 et 77% en 2024).

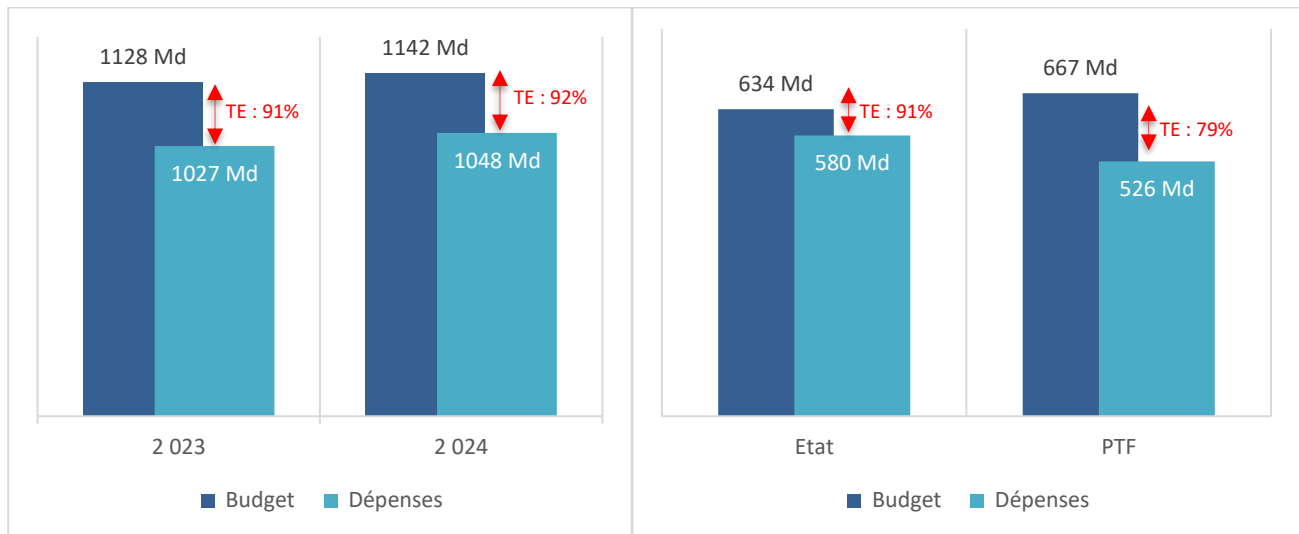


Figure 6 : Taux d'exécution financière des ressources sanitaires (2023-2024)

L'analyse de la tendance des taux d'exécution financière depuis 2021, révèle des améliorations notables pour ce qui est du budget du Ministère de la Santé et du budget de l'Etat au global, du fait d'une meilleure visibilité et d'un renforcement du suivi des financements. En effet, après des niveaux de 61% en 2021, le taux d'exécution du budget atteint 91% en 2024. Celui du budget global de l'Etat (autres structures étatiques et prêts) passe de 59% en 2021 à 94% en 2024. Toutefois, l'exécution du budget des PTF performe de moins en moins depuis 2022. Elle passe de 83% en 2021 à 77% en 2024.

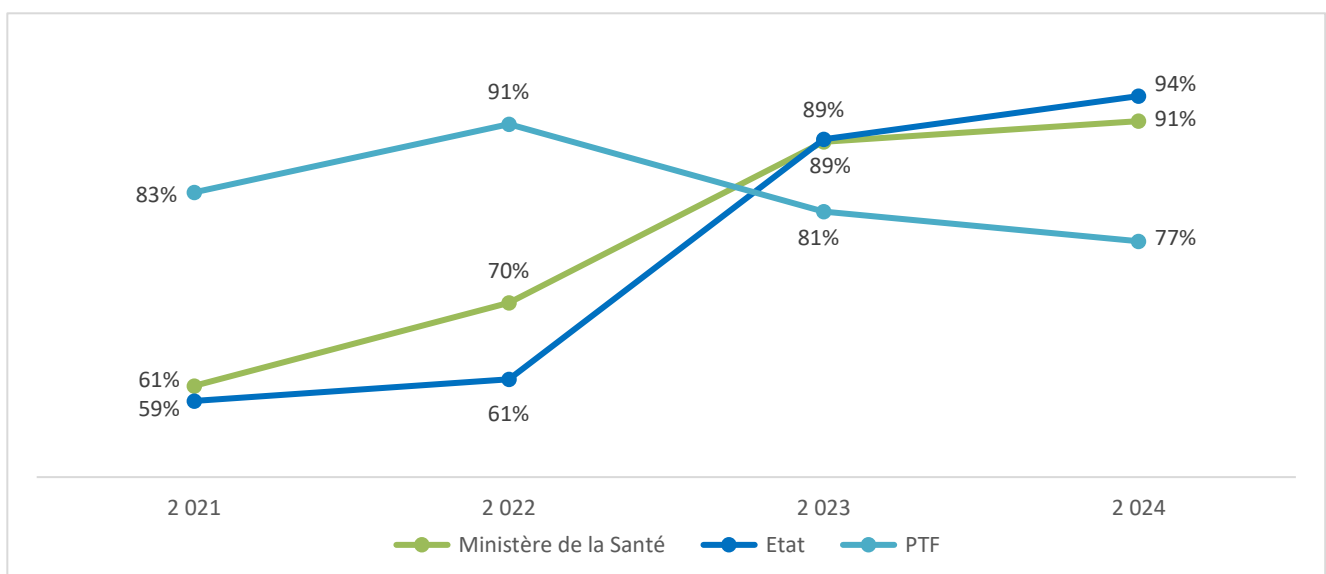


Figure 7 : Evolution des taux d'exécution financière MS, Etat et PTF (2021-2024)

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

Les faibles niveaux d'exécution financière observés du côté des PTF proviennent de plusieurs acteurs représentant, à eux seuls, plus d'un tiers des ressources du financement extérieur. Au cours de la période 2023-2024, ces acteurs n'ont exécuté que moins de 80% des engagements budgétaires (voir figure ci-dessous)⁷. Plusieurs facteurs expliquent cela, notamment le retard dans la mise à disposition des ressources financières, des procédures administratives particulièrement lourdes ou encore des insuffisances dans la planification financière.

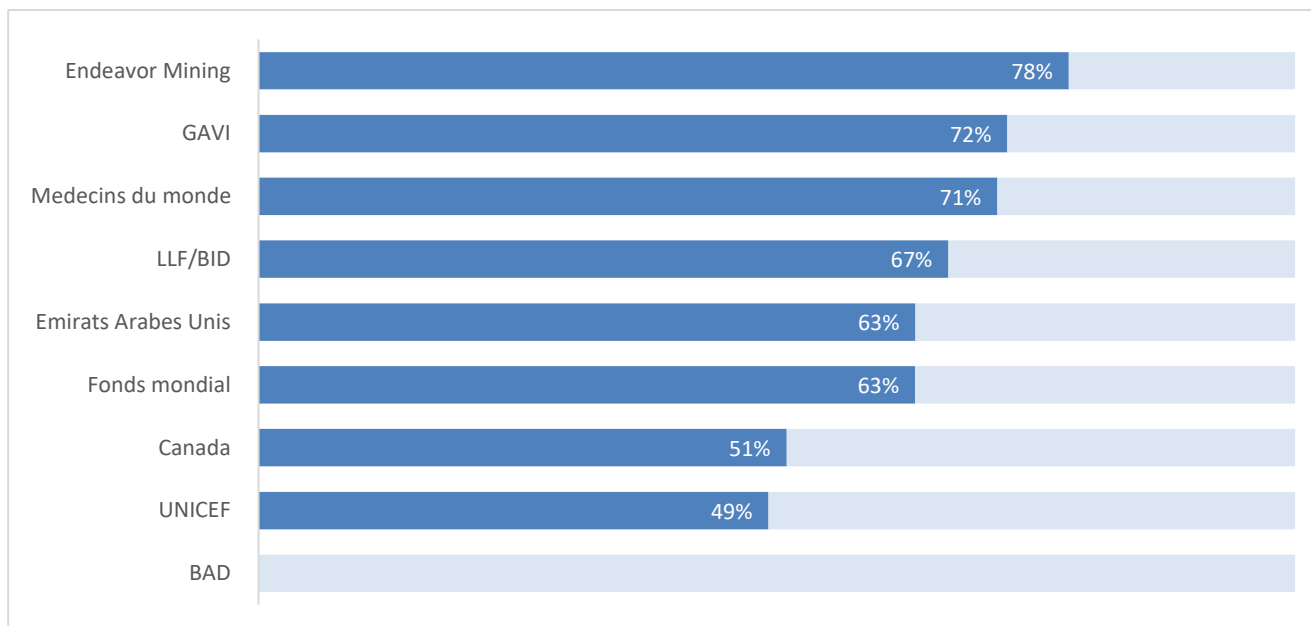


Figure 8 : PTF ayant exécuté moins de 80% de leurs budgets (2023-2024)

Ce constat interpelle et met en évidence la nécessité d'une meilleure gestion et suivi budgétaire, ainsi que d'un meilleur respect des engagements par les partenaires, afin de garantir une mise en œuvre optimale des interventions au bénéfice des populations.

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

Au cours des deux dernières années, l'examen des dépenses de santé effectuées par les partenaires techniques et financiers (PTF) au Burkina Faso met en évidence l'importance stratégique de leurs interventions dans le système de santé. Leurs contributions viennent renforcer la mise en œuvre de l'agenda national, avec l'ambition d'améliorer durablement la santé de la population dans un cadre d'efficacité et d'équité.

Pour la période 2023-2024, les PTF ont mis en œuvre des interventions dans le secteur de la santé à hauteur de 526 milliards de FCFA, ce qui représente 25% des dépenses totales de santé du pays. Une concentration marquée des financements est observée : les dix principaux contributeurs regroupent 83% de l'ensemble des dépenses effectuées par les PTF. Parmi eux, la Banque mondiale, le Fonds mondial, les Etats-Unis d'Amérique, la Chine et GAVI occupent des positions majeures, avec respectivement 16%, 14%, 14%, 8% et 7% des financements, soit plus de la moitié du volume total mobilisé. Sur la période 2022-2023, ce groupe de 5 était constitué du Fonds mondial, des Etats-Unis d'Amérique, de l'UNICEF, de la Banque mondiale et du PAM, qui représentaient respectivement 19%, 17%, 10%, 7,9% et 7,7% des 546 milliards de FCFA apportés par l'ensemble des partenaires.

⁷ La non-exécution financière des ressources de la BAD pour 2023-2024 concerne uniquement le volet de « dons/subventions ». La partie « prêts » est exécutée à plus de 54% sur les deux années.

La répartition des 526 milliards de FCFA dépensés par les PTF par type d'organisation montre que les acteurs multilatéraux fournissent plus de 43% des dépenses suivis des bilatéraux avec 31%. Les agences des Nations Unies représentent 16% des dépenses et les ONG/Fondations 10%.

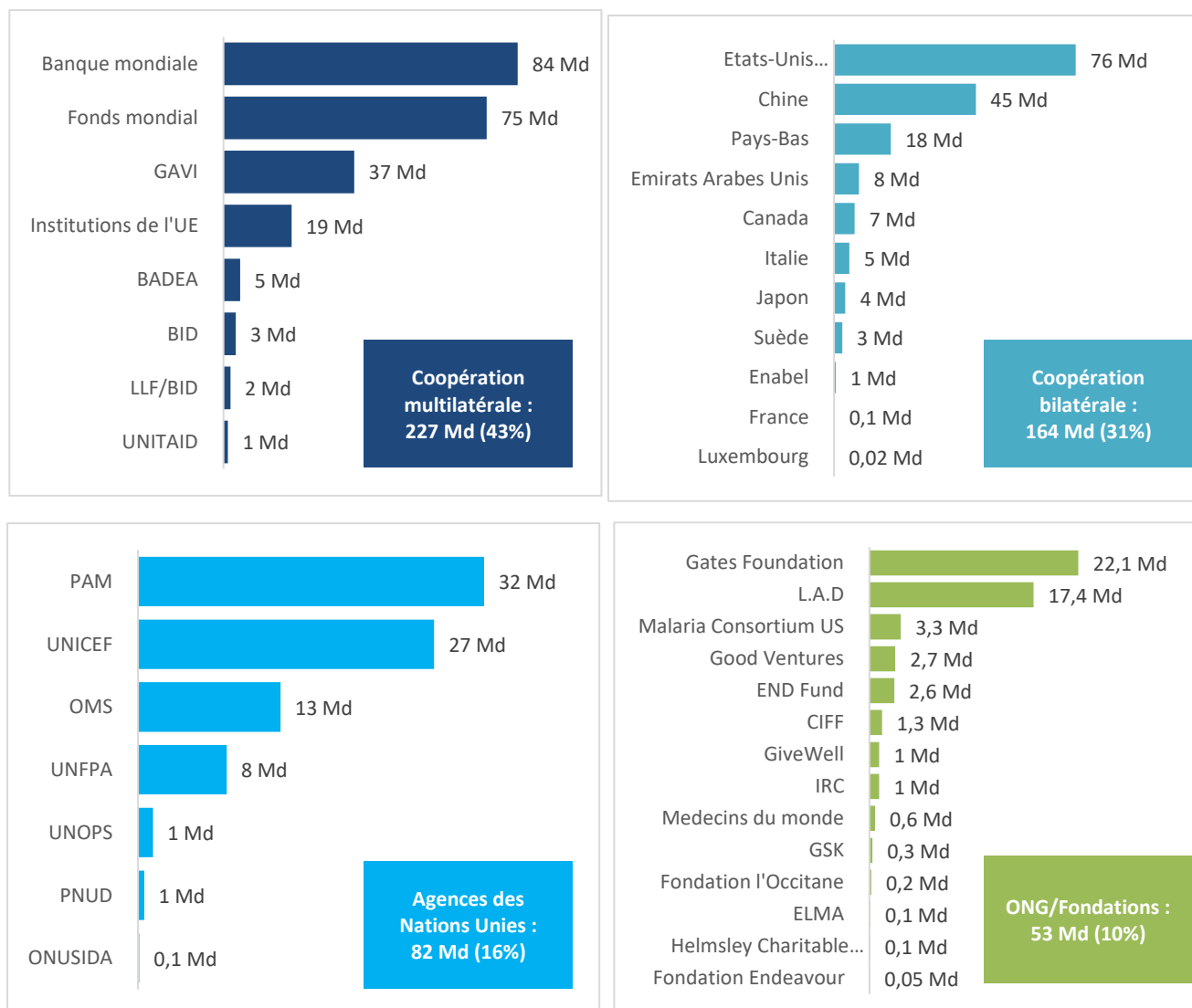


Figure 9 : Répartition des dépenses par type d'organisation et par acteur (2023-2024)

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

L'analyse des dépenses de santé suivant les différents domaines de santé montre que, globalement, l'État et les PTF ont financé à 59% le renforcement du système de santé et à 41% les différentes pathologies.

Plus de la moitié des financements a été orientée vers trois domaines fortement appuyés par le budget de l'État : les ressources humaines (28%), les infrastructures et équipements (19%) et la protection financière des ménages couvrant essentiellement le programme de gratuité des soins (6%). En outre, la répartition observée met en évidence une volonté stratégique de consolider les fondements du système de santé afin d'améliorer durablement l'accès et la qualité des soins. Le poids important accordé aux ressources humaines et aux infrastructures témoigne du choix de renforcer les capacités opérationnelles des formations sanitaires, tandis que les investissements dans la protection financière des ménages traduisent une orientation vers l'équité et la réduction des barrières financières. Cette structure de dépenses illustre ainsi

un équilibre entre les interventions immédiates liées aux pathologies et les actions de long terme visant à rendre le système plus résilient et plus performant.

Tableau 2. : Répartition des dépenses 2023-2024 par domaine d'intervention

Renforcement du système de santé : 657 milliards de FCFA (59%)			Pathologies/domaines prioritaires : 449 milliards de FCFA (41%)		
Ressources humaines	312 Md	28%	Nutrition	89 Md	8%
Infrastructures et équipements	208 Md	19%	Paludisme	78 Md	7%
Protection financière des ménages	63 Md	6%	Vaccination	47 Md	4%
Gouvernance et coordination	51 Md	5%	Epidémies	45 Md	4%
Systèmes d'information sanitaire	8 Md	1%	Santé de la reproduction	45 Md	4%
Financement de la santé	8 Md	1%	IST-VIH/SIDA	41 Md	4%
Produits de santé et produits sanguins labiles	6 Md	1%	COVID-19	34 Md	3%
			SONU	22 Md	2%
			Maladies non transmissibles	18 Md	2%
			PCIME/TETU	11 Md	1%
			Maladies tropicales négligées	6 Md	0,4%
			WASH	5 Md	0,4%
			Urgences humanitaires	4 Md	0,4%
			Tuberculose et TB/VIH	4 Md	0,4%
	657 Md	59%		449 Md	41%

Globalement, plus de 92% des dépenses étatiques de santé sont orientées vers le renforcement du système de santé (ressources humaines, infrastructures, etc.) et plus de 76% des dépenses des PTF vers la mise en œuvre d'interventions de prévention, de soins et de surveillance des différentes pathologies. A titre illustratif (figure 10), l'Etat contribue à plus de 98% pour les ressources humaines bénéficiant à tous domaines du système de santé. Cependant pour les interventions de mise en œuvre de la vaccination, les PTF représentent 83% et pour les actions de préventions, traitement et surveillance des Epidémies ceux-ci concentrent représentent 99% du financement.

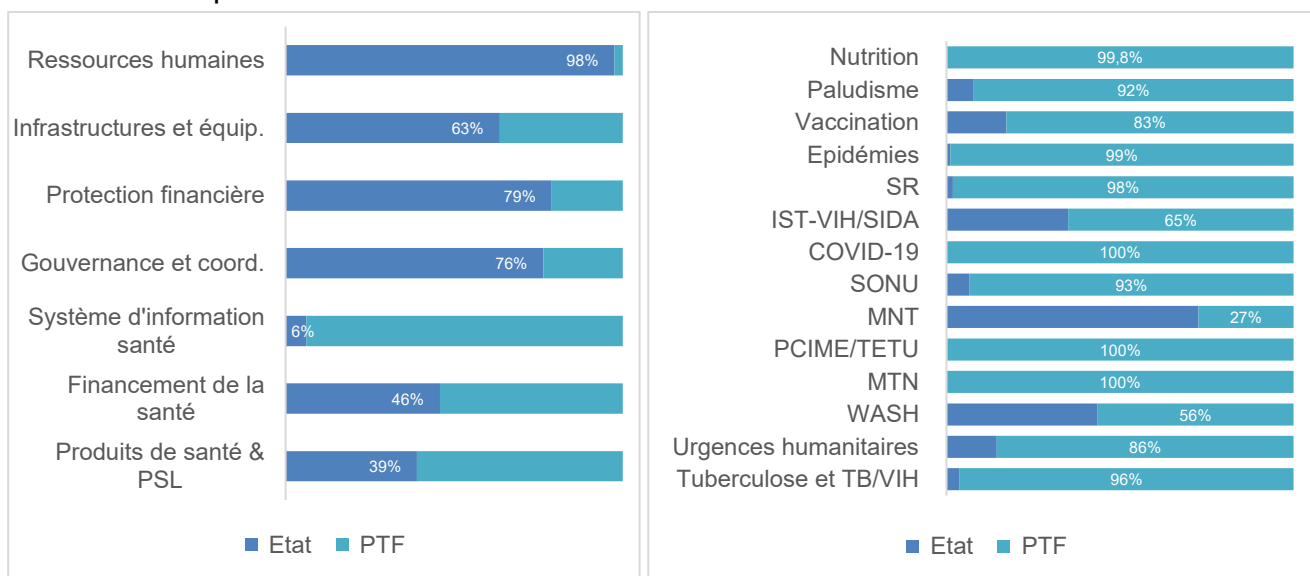


Figure 10 : Répartition des dépenses par domaine et source de financement (2023-2024)

Par ailleurs, près de 80% des dépenses de santé ont été orientés vers six (6) catégories de coûts à savoir les charges de personnel (28%), l'achat de médicaments et consommables

médicaux (23%), l'achat de biens et services (10%), la construction d'infrastructures (9%), l'acquisition d'équipements médicaux (8%), et enfin l'approvisionnement et la gestion de la chaîne logistique (5%).

7. Dépenses par niveau administratif et par localité

Le système de santé du Burkina Faso est bâti sur trois pans : le niveau opérationnel, le niveau intermédiaire et le niveau central.

Sur les deux dernières années, la structure des dépenses de santé montre une nette priorité donnée au niveau opérationnel, où se trouvent les districts sanitaires.

Ceux-ci ont absorbé plus de 1299 milliards de FCFA, soit plus de 63% des ressources mobilisées entre 2023 et 2024. Cette orientation traduit la volonté d'ancrer l'offre de soins au plus près des communautés et d'appuyer la dynamique nationale menée vers la couverture sanitaire universelle.

Les niveaux régional et central ont respectivement bénéficié de 632 milliards de FCFA (30%) et de 143 milliards de FCFA (7%). Ces investissements servent à consolider les capacités hospitalières et à soutenir les structures responsables de la planification, de la supervision et de la mise en œuvre des politiques de santé à l'échelle plus large du territoire.

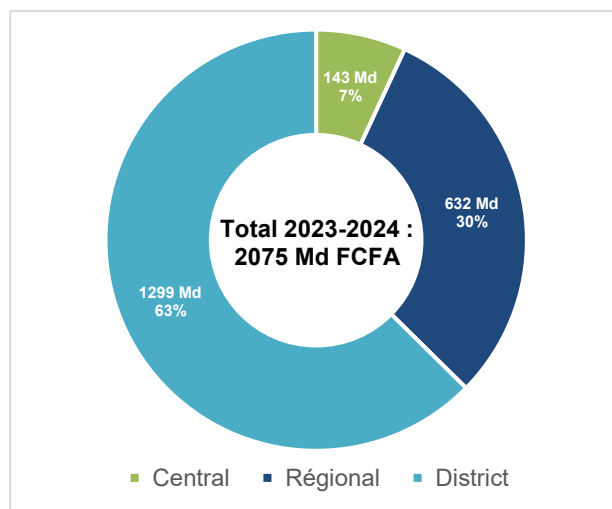


Figure 11 : Répartition des dépenses par niveau administratif (2023-2024)

L'analyse des dépenses de santé par localité permet de constater les niveaux d'équité dans la répartition des dépenses de santé au cours des deux dernières années (2023-2024).

Globalement, l'analyse de répartition des dépenses de santé par habitant et par localité montre selon le benchmark de 60 dollars⁸ que les dépenses annuelles par habitant au cours des deux précédentes années sont 1,7 fois en deçà de ce seuil. A l'échelle nationale, seulement trois régions abritant des projets infrastructurels d'envergure⁹ sont au-dessus de la moyenne nationale avec la région du Sud-Ouest (actuelle région du Djôrô) située au-dessus du benchmark. Cette région enregistre 2 fois plus de dépenses de santé que les régions telles que le Plateau Central (Oubri) et l'Est (Goulmou, Sirba, Tapoa) sur la période considérée (2023-2024).

L'amélioration de la qualité des soins de santé au Burkina Faso reste donc tributaire d'une gestion plus efficace des ressources financières, depuis leur mise à disposition jusqu'à leur utilisation. Cela à travers des actions visant à assurer une utilisation plus transparente et plus efficiente des fonds, de réduire les disparités entre régions et de renforcer durablement l'ensemble du système de santé. A cet effet, une planification budgétaire mieux alignée sur les besoins, une réduction des lenteurs administratives, un suivi renforcé de l'exécution des

⁸ L'étude de la Banque mondiale publiée en 2025 et intitulée « *At a crossroads: Prospects for government health financing amidst declining aid* » identifie un benchmark de 60 dollars (34200) comme seuil minimal de dépense par habitant émanant de l'Etat et des PTF, pour les pays en développement afin d'assurer la marche du pays vers la couverture sanitaire universelle à horizon 2030.

⁹ Centre (Kadiogo) avec le projet de construction du CHU Bassinko, du centre de neurochirurgie, et du centre de cancérologie ; Hauts-Bassins (Guiriko) avec le CHU de Pala, et la région du Sud-Ouest (Djôrô) avec le CHUR de Gaoua.

dépenses et un accompagnement accru des équipes locales en gestion financière sont essentiels.

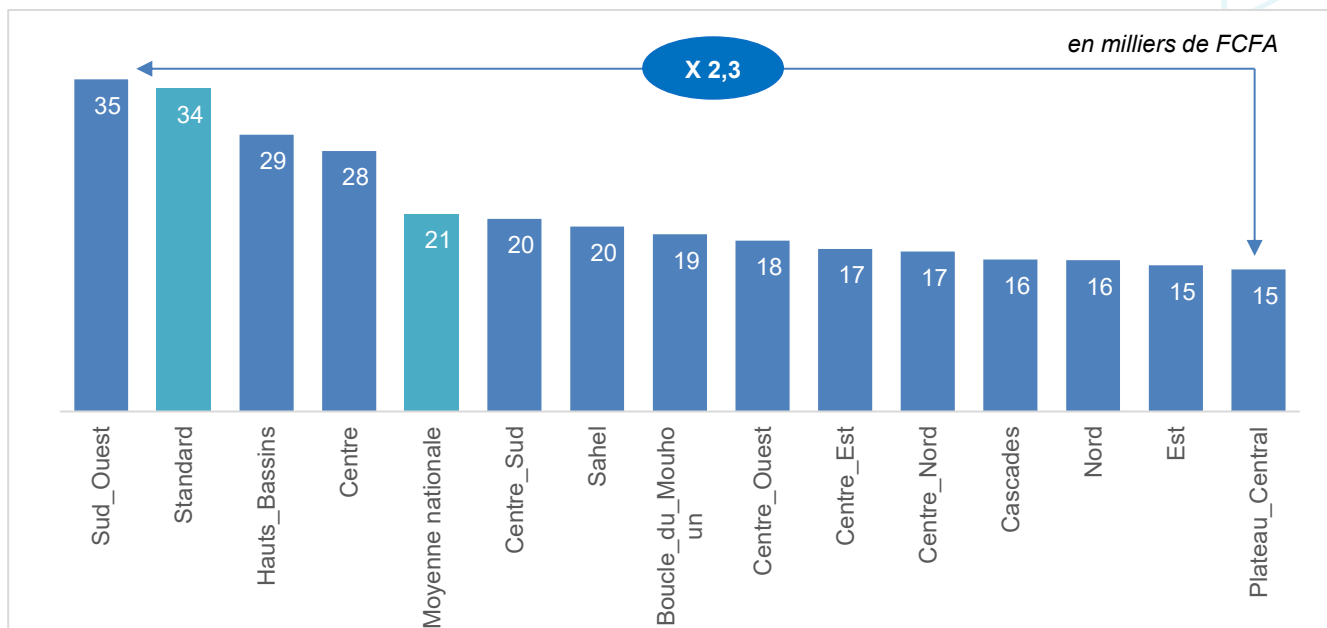


Figure 12 : Répartition des dépenses par habitant et par région (2023-2024)

8. Dépenses par programme budgétaire et articulation du PNDS

L'examen des dépenses effectuées au regard des programmes budgétaires du Ministère de la Santé et des orientations stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 offre une lecture claire de leur cohérence avec les priorités nationales. Cette analyse constitue une démarche pertinente pour orienter les choix politiques, renforcer l'efficacité de l'allocation des ressources et soutenir la progression vers les objectifs fixés en matière de santé.

Sur la période 2022-2023, la structure des dépenses par programme met en évidence une prédominance du programme « offre de soins », qui totalise 1018 milliards de FCFA, soit 49% des dépenses globales. Viennent ensuite les programmes « accès aux produits de santé » et « santé publique » qui concentrent respectivement 21% (soit 478 milliards de FCFA) et 20% (soit 425 milliards de FCFA) des dépenses de la période. Enfin, le programme « pilotage et soutien aux services de santé » rassemble 7% du volume total des dépenses. Cette distribution reflète les choix stratégiques opérés pour répondre aux besoins prioritaires du système de santé.

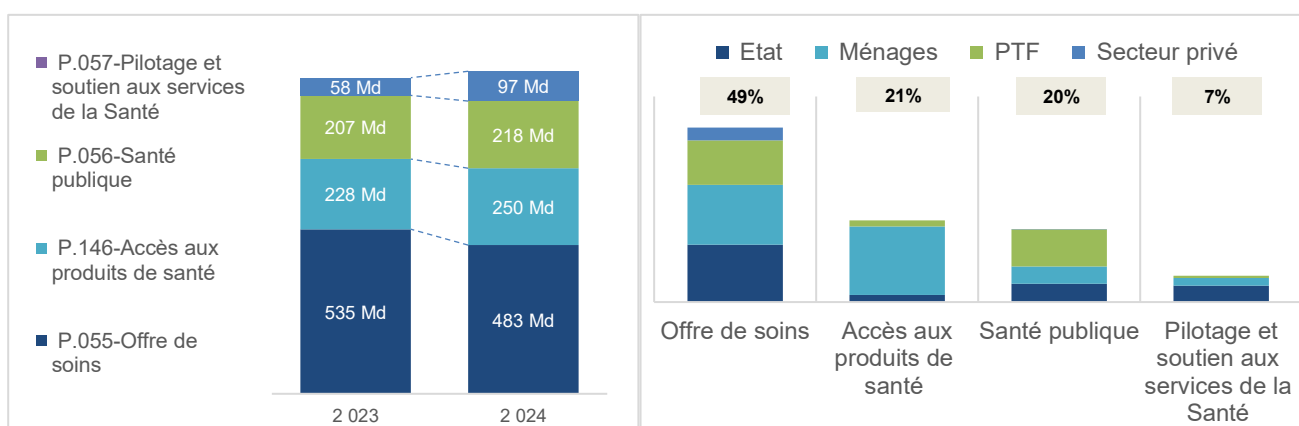


Figure 13 : Répartition des dépenses par programme budgétaire (2023-2024)

L'analyse de la répartition des dépenses de santé sur la période 2023-2024 révèle une forte concentration des ressources sur deux orientations stratégiques (OS). En effet, plus de 81% des dépenses totales sont absorbées par l'OS 3 et l'OS 2, ce qui traduit une priorisation claire en faveur de l'amélioration de l'offre de services et du renforcement du capital humain. L'OS 3, « augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU) », représente à lui seul 66% des dépenses. Cette part très élevée témoigne d'un effort massif en direction de l'accessibilité et de la qualité des services essentiels. Son financement provient essentiellement des ménages, de l'État et des partenaires techniques et financiers (PTF), révélant à la fois une forte contribution directe des usagers et une dépendance relative à l'appui externe pour soutenir la prestation des soins. L'OS 2 « développement des ressources humaines pour la santé », mobilise 15% des dépenses. Cette allocation substantielle confirme la reconnaissance du rôle stratégique du personnel de santé dans la performance globale du système.

En comparaison, les autres OS présentent des profils de financement plus contrastés. L'OS 1 « renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre », est financé majoritairement par l'État (59%). Cette structure de financement est cohérente avec la nature régalienne des fonctions de gouvernance, traditionnellement assumées par le secteur public, et traduit une volonté nationale de prendre en charge la coordination et la régulation du système de santé.

L'OS 5 « amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires », bénéficie d'un soutien particulièrement marqué des PTF, avec plus de 105 milliards de FCFA mobilisés sur la période. Cette forte implication des partenaires reflète l'importance accordée par la coopération internationale à la préparation et à la gestion des crises sanitaires, domaines où leur appui reste déterminant. Enfin, l'OS 4 « adoption d'un mode de vie sain et de comportements favorables à la santé », présente la configuration de financement la plus diversifiée. Les ménages y contribuent pour 56%, les PTF apportent 22%, le secteur privé 17% et l'État 5%. Cette configuration soulève des enjeux d'équité, de soutenabilité et de rééquilibrage stratégique des investissements au sein du système de santé.

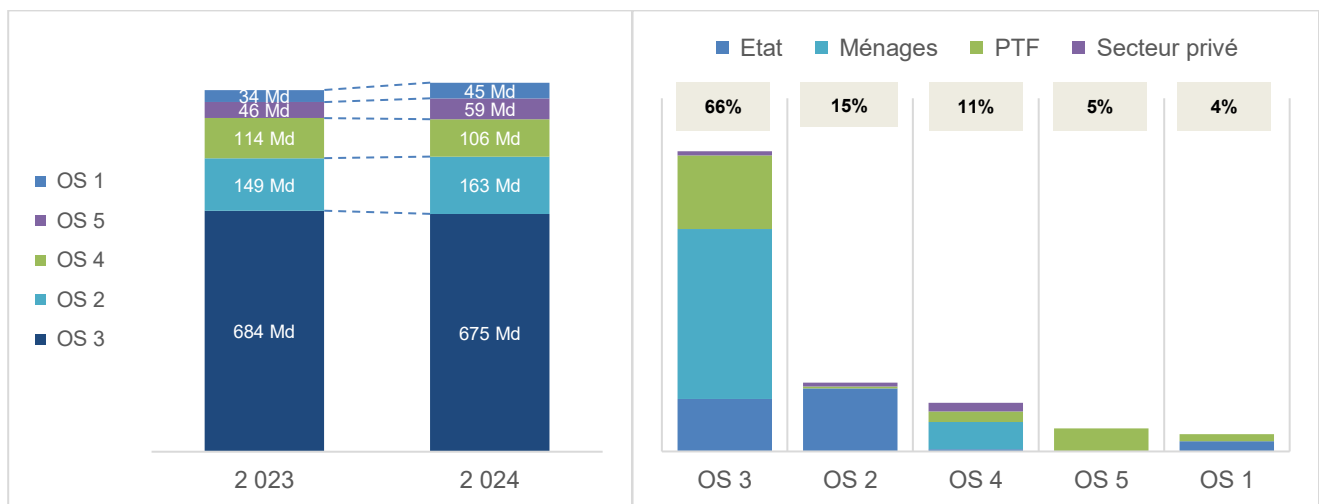


Figure 14 : Répartition des dépenses par orientation stratégique (2023-2024)

C. Évolution et répartition des ressources sanitaires 2025-2030

La dimension rétrospective du financement du secteur de la santé constitue un outil essentiel qui complète les autres mécanismes en place, tels que les Comptes de santé. La principale différence et valeur ajoutée qu'apporte la cartographie dynamique des ressources réside dans son orientation prospective. Cette approche porte sur l'analyse des prévisions budgétaires de l'ensemble des acteurs majeurs du système de santé au Burkina Faso.

Les résultats présentés apportent un éclairage sur les dynamiques futures de financement de la santé au Burkina Faso pour les années allant de 2025 à 2030¹⁰. Ces informations sont cruciales pour une planification stratégique efficace et une allocation optimale des ressources destinées aux interventions sanitaires. Elles favorisent également une meilleure coordination entre les différents acteurs, renforcent la mise en commun des efforts et contribuent à garantir un accès équitable à des soins de qualité pour toutes les populations, quel que soit leur lieu de résidence ou leur catégorie socio-économique.

9. Répartition des ressources par acteur de financement

Sur la période allant de 2025 à 2030, le financement de la santé totalise 6 447 milliards de FCFA, mais évolue dans un contexte de ressources en diminution, passant de 1 152 à 1 060 milliards de FCFA après avoir réalisé des croissances annuelles moyennes de plus de 10% sur la période allant de 2021 à 2024.

De même, la répartition globale du financement sur ces six années (2025-2030) montre un équilibre entre le financement de l'État et les paiements directs des ménages à savoir une prévision de financement d'environ 2500 milliards de FCFA par chacun des deux acteurs soit 39% du financement total.

Le financement des PTF s'élève à 1 166 milliards de FCFA représentant 18% du financement total. Les contributions du secteur privé se stabilisent à 277 milliards de FCFA (4%).

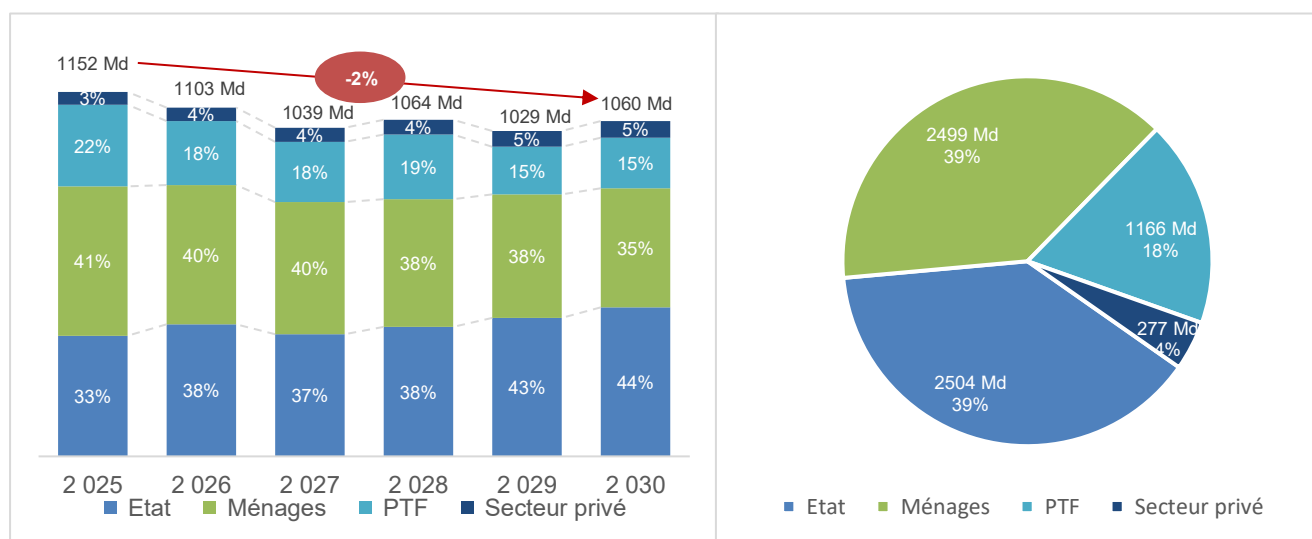


Figure 15 : Evolution et répartition des ressources de santé (2025-2030)

Cette contraction des ressources s'accompagne d'un rééquilibrage entre les différentes sources de financement : l'État augmente progressivement sa contribution (+4% par an) pour compenser la baisse des financements externes qui passent de 258 à 160 milliards de FCFA soit une baisse globale de plus de 38%. Ce désengagement progressif des PTF (-9% par an) pose des défis immédiats de soutenabilité pour les interventions historiquement dépendantes de ces appuis externes. Par ailleurs, les efforts de protection financière des ménages à travers

¹⁰ Voir la section [A. Situation des données collectées](#) du présent document.

l'opérationnalisation du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU)¹¹ devraient contribuer à réduire les paiements directs consentis par ces derniers sur la période 2025 à 2030 (-4% par an). Le secteur privé quant à lui, demeure plus ou moins stable mais marginal. Cette source de financement pourrait être mieux exploitée notamment à travers le renforcement des partenariats public-privé (PPP) et la responsabilité sociale des entreprises (RSE)¹² en santé.

Concrètement, la configuration actuelle du financement de la santé au Burkina Faso sur les années 2025 à 2030, oblige à renforcer l'efficacité de la dépense publique, à assurer l'efficacité et l'alignement des interventions des partenaires, à asseoir des mécanismes pérennes de financement domestique, et à diversifier activement les sources notamment avec le secteur privé local, de sorte à maintenir et améliorer les services de santé au profit des populations de toutes les localités et catégories sociales du pays.

Malgré des ressources en diminution, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) continueront de jouer un rôle clé dans le financement du secteur de la santé au Burkina Faso. La répartition de la contribution des PTF est illustrée dans la figure ci-dessous suivant le type d'organisation dont ils relèvent.

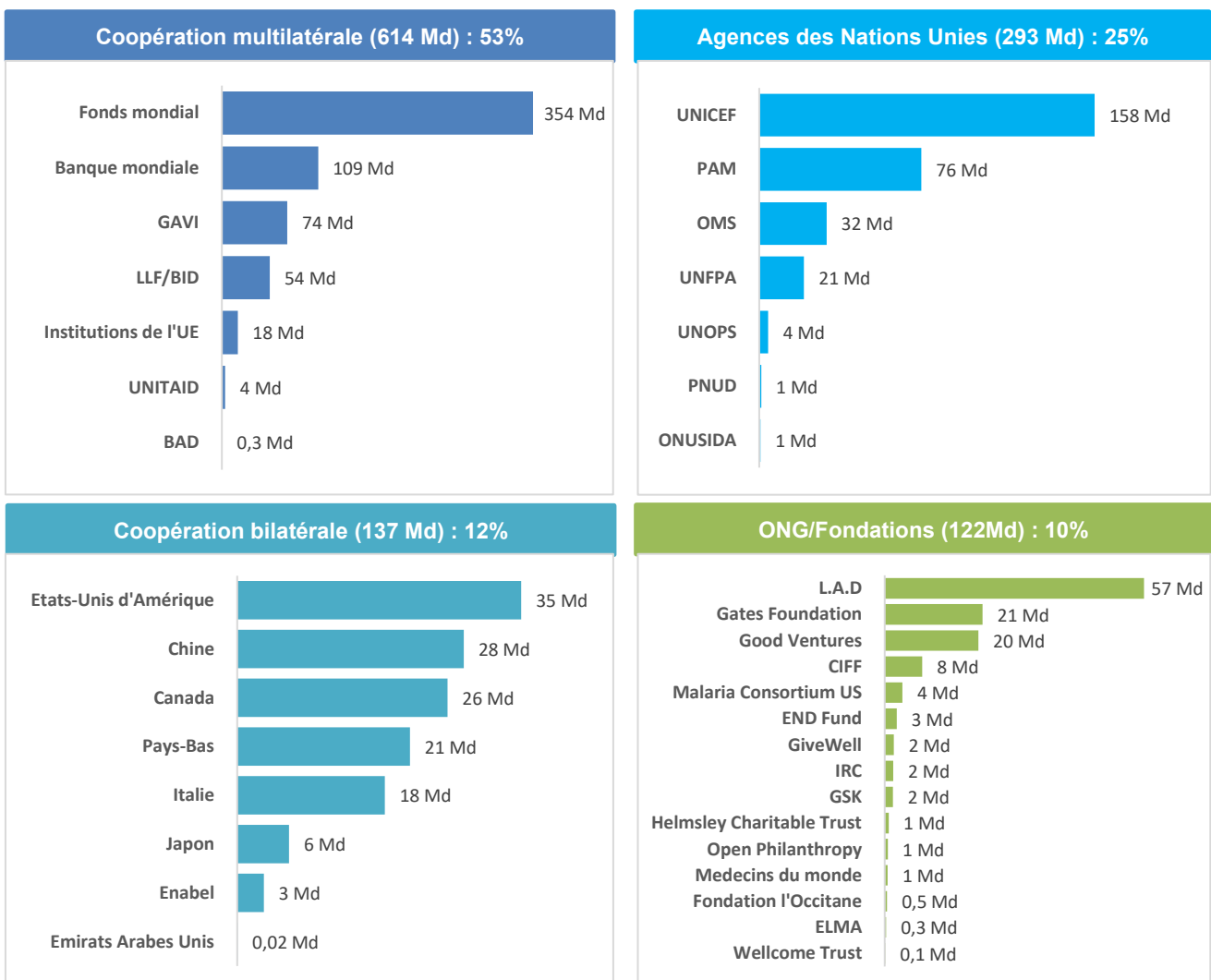


Figure 16 : Répartition des ressources 2025-2030 par PTF (bailleurs)

¹¹ <https://www.sidwaya.info/regime-assurance-maladie-universelle-le-debut-des-prestations-prevu-pour-le-1er-fevrier-2026/>

¹² <https://documents1.worldbank.org/curated/en/442501492766874363/pdf/114449-WP-IFC-HealthReport-PUBLIC.pdf> & <https://www.iai.it/sites/default/files/iai2504.pdf>

Sur la période 2025-2030, dix (10) PTF concentrent 84% des ressources prévisionnelles des PTF soit 977 milliards de FCFA. Il s'agit du Fonds mondial (30%), de l'UNICEF (14%), de la Banque mondiale (9%), du PAM (7%), de GAVI (6%), de L.A.D (5%), de la LLF/BID (5%), des Etats-Unis d'Amérique (3%), de l'OMS (3%), de la Chine (2%).

10. Répartition des ressources selon les priorités nationales

La structuration des priorités nationales en matière de santé s'entend sous deux angles. Le premier concerne les programmes budgétaires et le second selon les orientations stratégiques du PNDS 2021-2030.

A l'instar des autres sectoriels, le Ministère de la Santé est passé de la planification par objet à la planification budget-programme¹³, en 2017 suivant une circulaire présidentielle (Barroy et al., 2018)¹⁴. Le Ministère de la Santé dispose à cet effet de quatre programmes budgétaires à savoir : l'offre de soins (055), la santé publique (056), le pilotage et soutien aux services de santé (057), et l'accès aux produits de santé (146)¹⁵.

L'allocation des ressources sanitaires de la période 2025-2030 à ces quatre programmes budgétaires est illustrée par la figure ci-dessous.

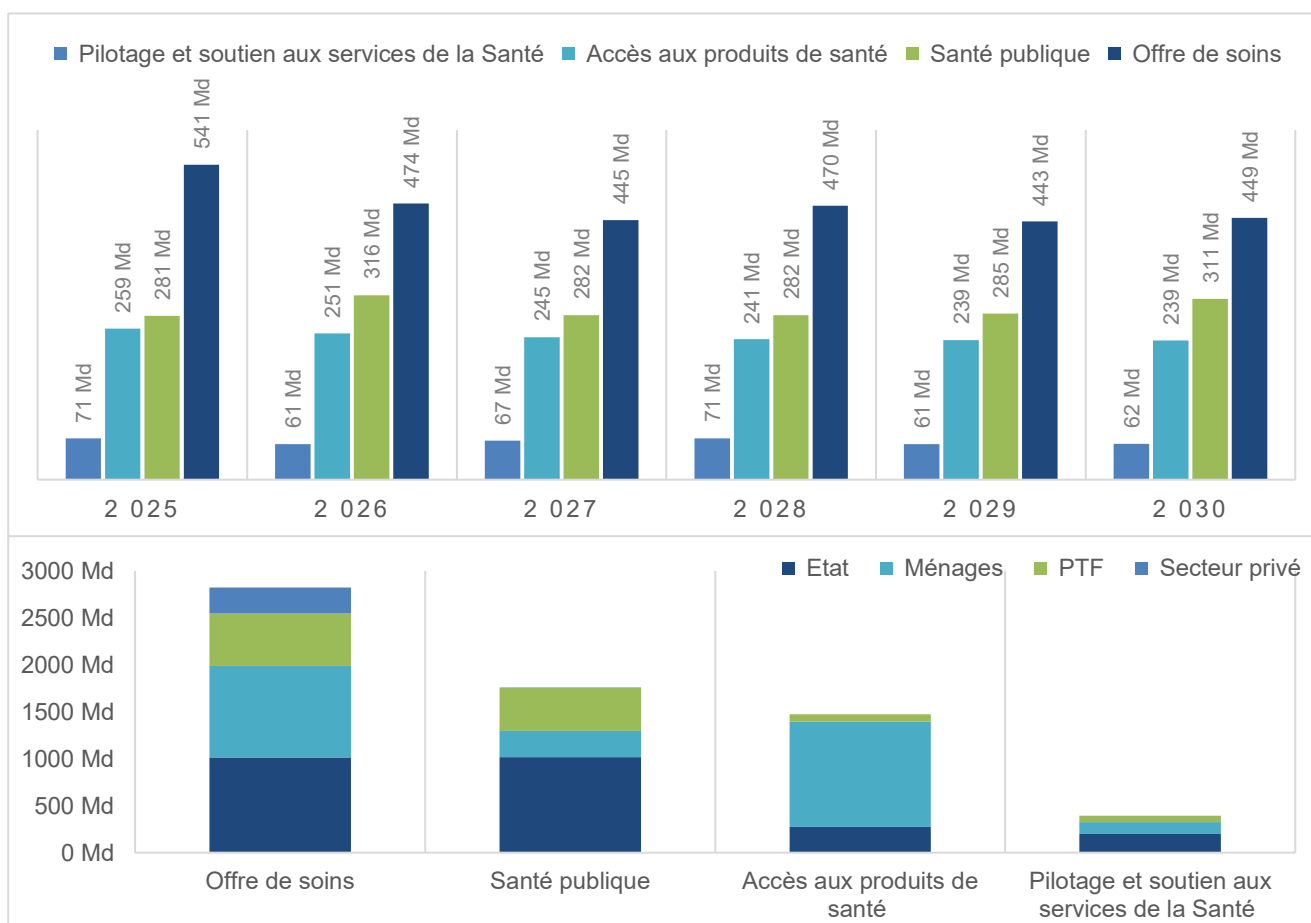


Figure 17 : Répartition des ressources 2025-2030 par programme budgétaire

¹³ Contrairement à la planification par objet, centrée sur les postes de dépenses, le Budget-programme lie les ressources à des programmes et objectifs précis, favorisant la performance, la transparence et le suivi des résultats

¹⁴ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276700/WHO-UHC-HGF-HEF-CaseStudy-18.11-fre.pdf?ua=1>

¹⁵ A partir de 2018, un quatrième programme appelé « Accès aux produits de santé (146) » a été mis en place à travers le nouvel organigramme. Source : PNDS 2021-2030, P. 13.

Les programmes budgétaires « Offre de soins » et « Santé publique » absorbent à eux seuls 71% de l'ensemble des ressources de la période 2025-2030 soit 4 580 milliards de FCFA avec respectivement (44%) des ressources pour l'«Offre de soins » et 27% pour la « Santé publique ». L'Etat est le principal contributeur dans le financement des programmes « Offre de soins », « la Santé publique » et « Pilotage et soutien aux services de la Santé » avec respectivement 36%, 58% et 51% du financement total de la période. Ces fonds sont notamment orientés vers l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé, notamment par la construction d'infrastructures sanitaires, l'acquisition d'équipements médicaux et non médicaux permettant d'élever le plateau technique des différents établissements de santé, ainsi qu'au renforcement des prestations de soins de qualité accessibles à toutes les catégories sociales ainsi que les efforts de leadership et de coordination dans le secteur de la santé pour garantir la mise en œuvre efficiente des interventions de santé.

Pour le programme budgétaire « Accès aux produits de santé », le financement reste largement assuré par les paiements directs des ménages, qui en couvrent 76%. Au total, au Burkina Faso, les ménages consacrent la plus importante part de l'ensemble de leurs ressources à ce programme soit 45%, le reste étant réparti entre les autres OS. Cette situation confirme les conclusions du rapport 2025 sur la couverture sanitaire universelle¹⁶, lequel souligne que, dans le monde, l'achat de médicaments représente la plus importante part des dépenses de santé des ménages (environ 55%).

Quant à l'analyse de la répartition des ressources 2025-2030 suivant les 5 orientations stratégiques du PNDS 2021-2030 et leurs 32 axes d'interventions, elle montre globalement une adéquation de l'allocation des ressources par rapport aux priorités du système de santé déclinées dans le PNDS 2021-2030.

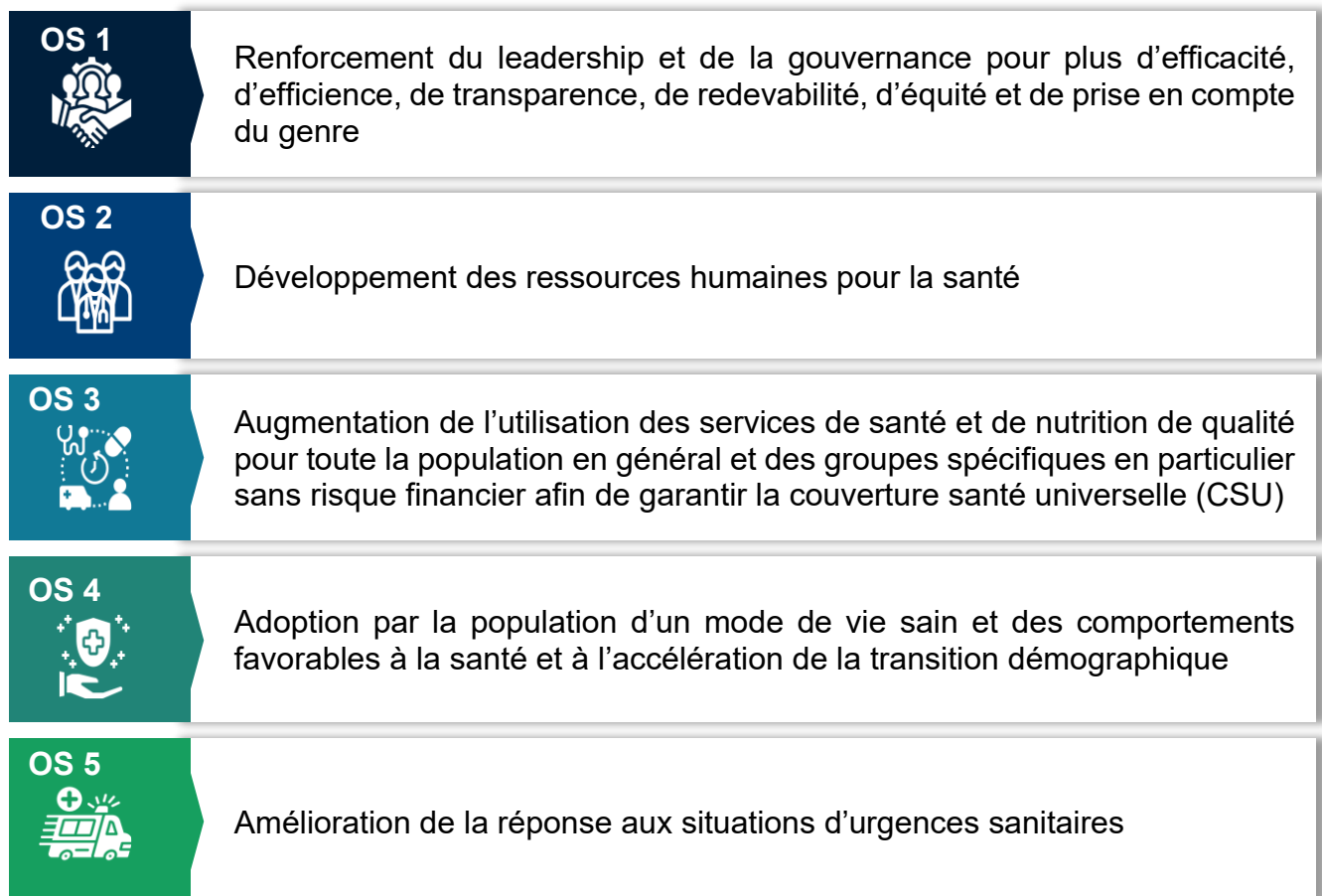


Figure 18 : Liste des 5 orientations stratégiques du PNDS 2021-2030

¹⁶ <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/2025-global-monitoring-report-gmr>

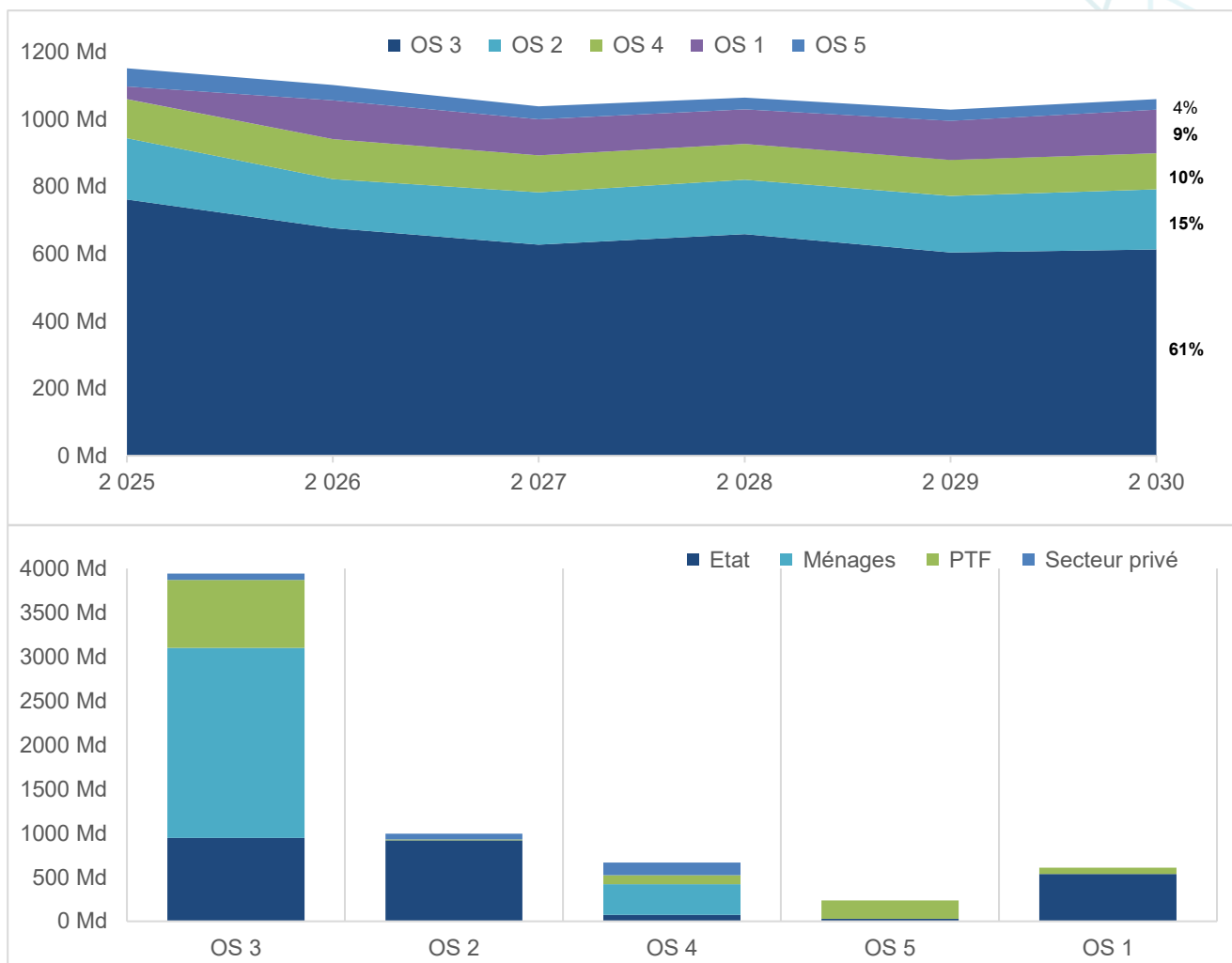


Figure 19 : Répartition des ressources 2025-2030 par orientation stratégique

La configuration budgétaire fait apparaître un système qui investit fortement dans l'accès aux services (OS 3), mais où la structure de financement constituée avec 55% à la charge des ménages pour un poste représentant 61% du budget total, signale un risque réel de pression financière persistante si les mécanismes de protection ne progressent pas au même rythme.

En parallèle, les ressources dirigées vers les fonctions structurantes (OS 1 et OS 2) proviennent majoritairement de financements publics, respectivement à 88% et 93%, ce qui traduit un effort clair pour stabiliser les leviers institutionnels et professionnels du secteur. Cette orientation reste cohérente avec l'idée largement documentée que la performance d'un système de santé dépend d'abord de la solidité de sa gouvernance et de ses ressources humaines.

L'OS 5, financé à 88% par les partenaires techniques, illustre une autre dynamique : la gestion des urgences demeure fortement externalisée, permettant de préserver des marges pour les chantiers structurels, mais au prix d'une exposition à la volatilité des financements internationaux. L'OS 4, quant à lui, présente une structure financière plus diversifiée, conforme au caractère multisectoriel et comportemental des interventions de prévention.

Pris ensemble, ces tendances dessinent un système en transition : les bases structurelles se renforcent, tandis que la charge financière liée à l'utilisation des services reste encore élevée pour les ménages. La soutenabilité de cette trajectoire dépendra de la capacité à rééquilibrer progressivement le couple « accès-protection financière » tout en consolidant les acquis institutionnels.

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

Selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030, « l'équité dans la mise en œuvre des programmes et dans l'allocation des ressources vise à assurer une couverture adéquate des groupes marginalisés, qu'ils soient définis par des critères géographiques, socio-culturels ou liés au revenu. ». Elle constitue l'un des fondements essentiels de la performance d'un système de santé (OMS, 2007)¹⁷.

Dans le cadre de la cartographie des ressources, l'analyse des dimensions d'équité s'appuie sur les données collectées et se structure autour de deux axes complémentaires :

1. L'équité dans l'allocation des ressources financières entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire — central, régional et district.
2. L'équité dans la répartition des ressources par habitant et par zone géographique sur la période 2025-2030.

Cette approche croisée permet d'apprécier le degré d'équité globale dans la distribution des ressources, en examinant non seulement leur orientation ou allocation, mais aussi leur adéquation aux besoins spécifiques des populations. Elle offre ainsi une lecture fine des écarts territoriaux et démographiques, et informe le système sur la nécessité d'orienter les financements vers les zones et les groupes les plus exposés aux inégalités. Cela afin de contribuer ultimement aux efforts du Ministère de la Santé et des autres parties prenantes clés dans la marche vers la couverture sanitaire universelle.

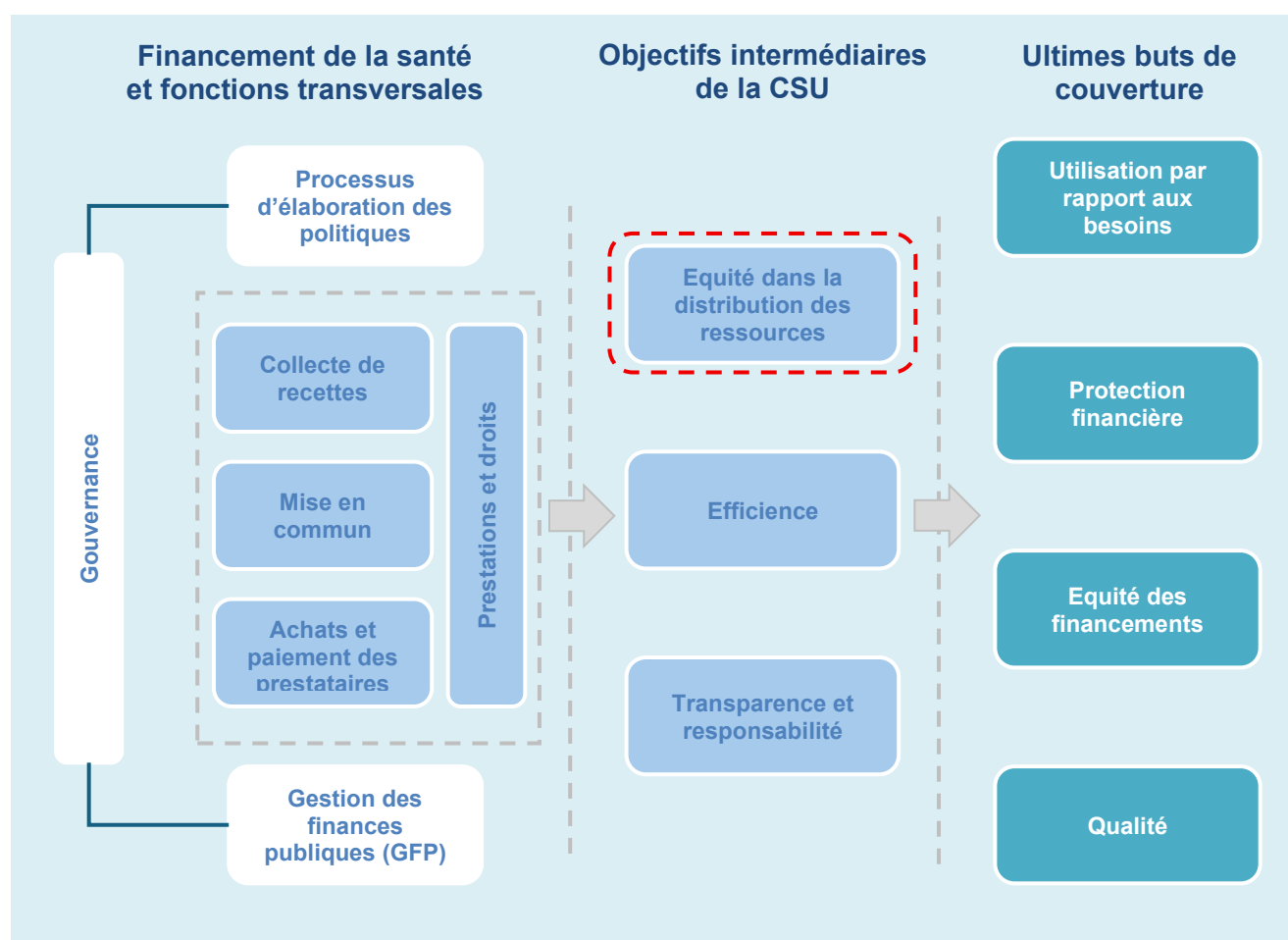


Figure 20 : Fonctions et objectifs de la CSU, OMS (2007)

¹⁷ <https://iris.who.int/items/0c86d498-8aa6-4e58-87bf-1f3bf191a4f5>

11.1. Allocation des ressources par niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse de la répartition des ressources à chaque niveau de la pyramide sanitaire permet d'apprécier le degré de décentralisation ainsi que l'équité dans l'allocation des moyens en fonction des lieux où les interventions sont mises en œuvre. Elle évalue la correspondance entre les besoins locaux et les priorités établies, tout en contribuant à améliorer l'accessibilité aux services de santé.

Fondamentalement, le système de santé du Burkina Faso est basé sur des services de santé de proximité (plus de 57% des ressources totales de la période 2025-2030). Cependant l'analyse de la structure de financement par niveau administratif montre que la part contributive de l'Etat baisse à mesure que l'on se rapproche du terrain : passant de 68% au niveau central (484 milliards de FCFA) à 53% au régional (1107 milliards de FCFA) et 25% au district (914 milliards de FCFA). Cette baisse traduit les efforts de l'Etat au cours des années à venir pour renforcer les soins notamment au niveau hospitalier avec le relèvement du plateau technique et la transformation de Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) en Centres Hospitaliers Régionaux – Universitaires (CHRU).

Cependant, elle révèle aussi que la croissance des besoins locaux est absorbée surtout par les ménages, qui couvrent désormais plus de la moitié du financement district (51%). Les PTF et le secteur privé complètent l'équation, contribuant à diversifier les ressources tout en introduisant une certaine volatilité. L'ensemble dessine un modèle où l'État reste un pilier, mais où l'équilibre financier local repose de plus en plus sur des acteurs dont la capacité et la stabilité sont moins garanties.

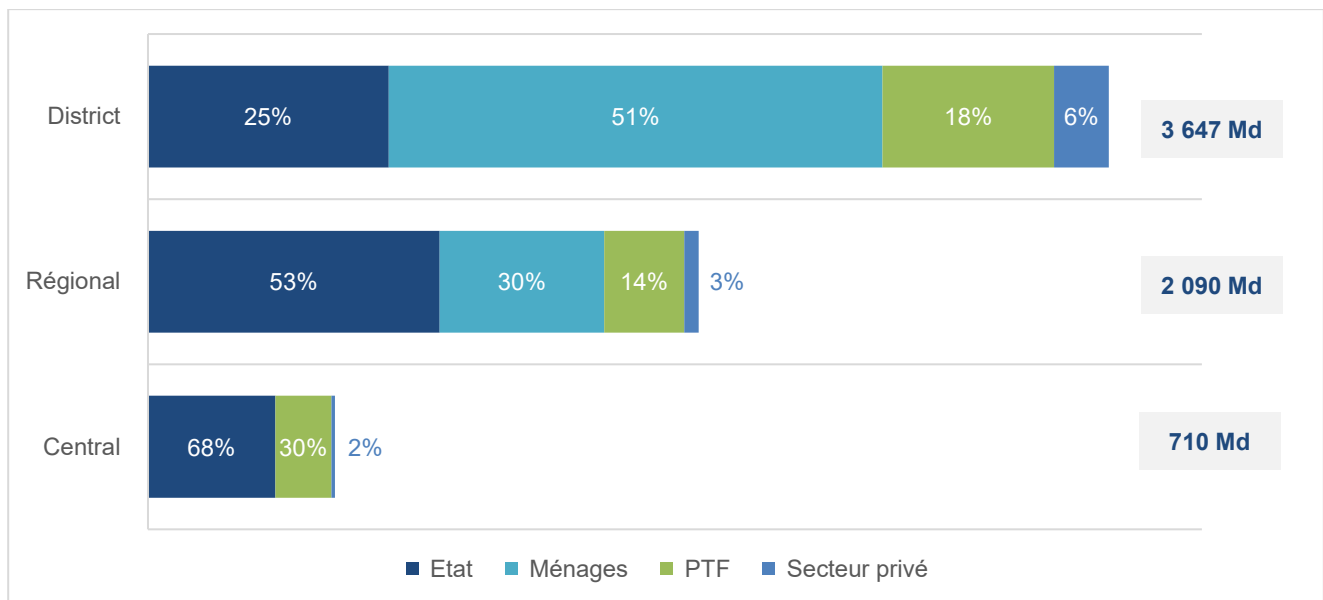


Figure 21 : Structure de financement 2025-2030 par niveau administratif

La répartition des ressources sanitaires 2025-2030 reflète une stratégie centrée sur l'efficacité opérationnelle et l'accès aux soins de proximité : 57% des financements (3 647 milliards de FCFA) sont alloués aux districts, dont 90% pour les CM, CSPS, CSI, cliniques d'accouchement et infirmeries, renforçant l'accès direct aux soins primaires et maternels. Cette priorité met cependant une pression importante sur les capacités locales et les ménages, qui financent une part substantielle des services, exposant le système à des risques d'inégalités et de fragilité comme mentionné ci-haut.

Au niveau régional, 32% des ressources (2 090 milliards de FCFA) sont concentrées sur les hôpitaux intermédiaires (87% pour CHR, CHRU et polycliniques), tandis que les moyens alloués aux directions régionales (3,3 milliards de FCFA) restent modestes, ce qui peut impacter l'efficacité de la coordination et de l'accompagnement des districts.

Le niveau central, avec 11% des ressources (710 milliards de FCFA), assure les fonctions stratégiques de planification, mobilisation et évaluation, mais sa part relativement faible par rapport aux besoins opérationnels souligne que la cohérence et la performance du système dépendent largement de l'organisation et de la capacité d'exécution des niveaux intermédiaire et local.

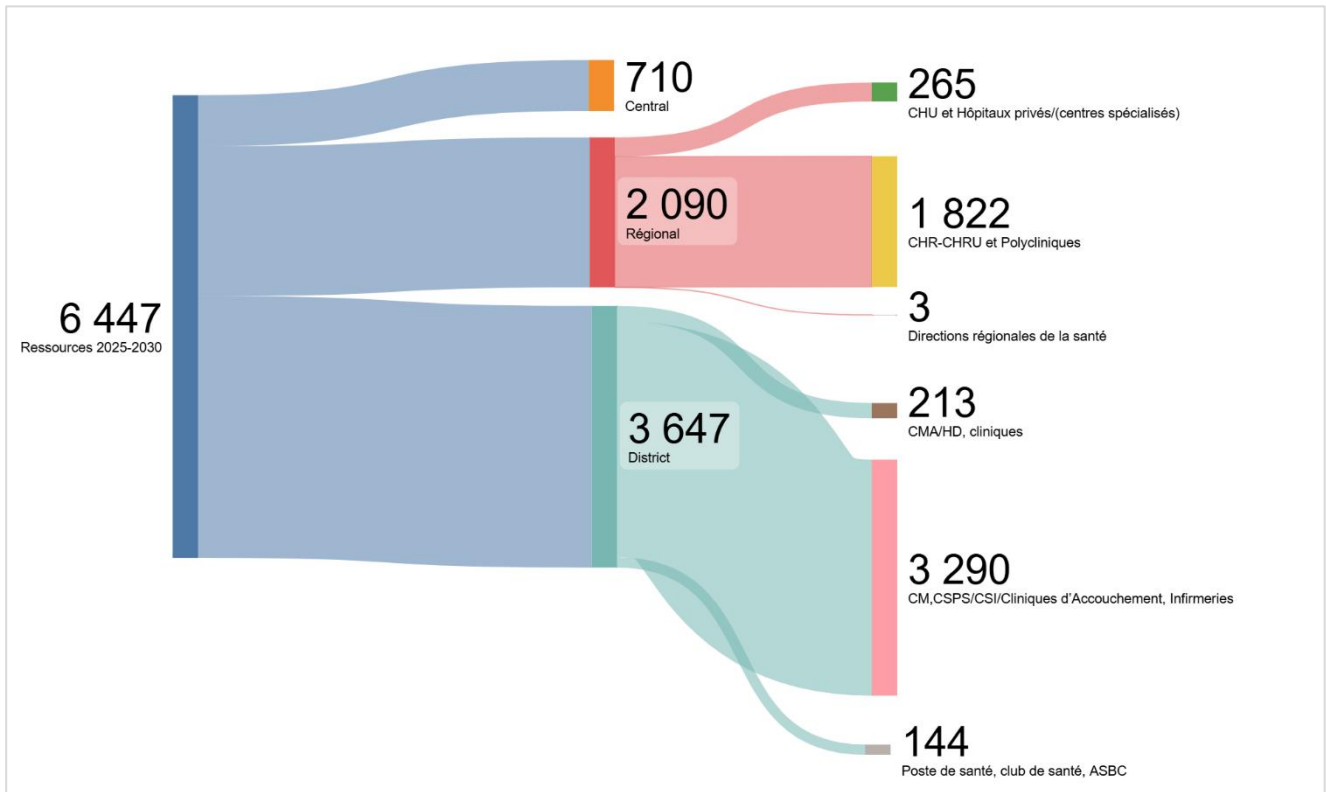


Figure 22 : Répartition des ressources 2025-2030 par niveaux administratifs et de soins

Au final, cette structure de financement maximise l'impact immédiat sur l'accès aux soins, elle révèle aussi une dépendance accrue aux financements locaux et externes, posant un véritable défi de soutenabilité et d'équité à moyen terme à juguler à travers des mécanismes endogènes et innovants de financement de la santé surtout au niveau local.

11.2. Allocation des ressources selon les localités et populations

L'examen de la répartition géographique des ressources sanitaires vient enrichir l'analyse effectuée selon les niveaux de la pyramide sanitaire, en apportant un éclairage plus fin sur les disparités territoriales en matière d'accès aux services de santé.

Dans une logique d'équité, les ressources devraient bénéficier de manière équilibrée à l'ensemble des populations, indépendamment de leur lieu de résidence et surtout tenant compte des besoins de santé. Cela justifie la réalisation d'une analyse croisée, consistant d'une part à observer la distribution globale des ressources entre les régions, et d'autre part à apprécier cette distribution au regard des effectifs de population desservis dans chaque zone.

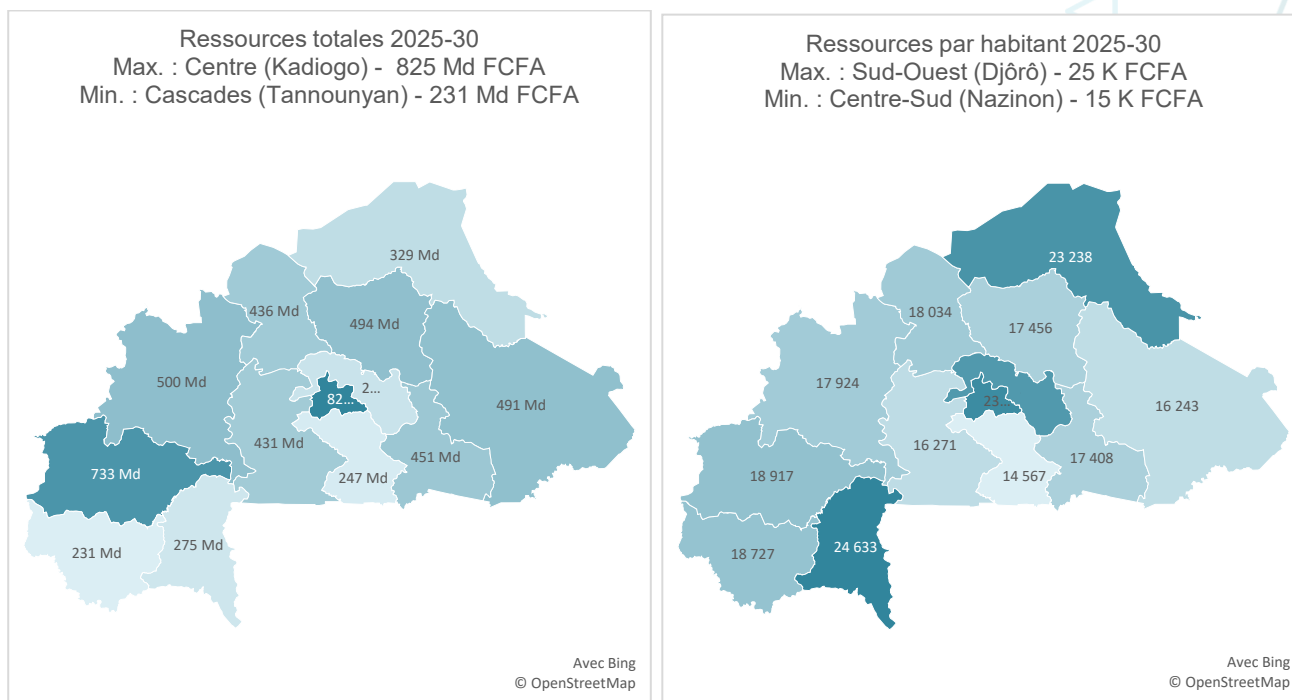


Figure 23 : Répartition régionale des ressources totales et par habitant 2025-30

La répartition des ressources de santé pour 2025-2030 montre une allocation principalement alignée sur la taille démographique et le niveau d'infrastructures et d'équipements existants. Au total, 5 régions sanitaires à savoir le Centre (Kadiogo) et les Hauts-Bassins (Guiriko), la Boucle du Mouhoun (Bankui, Sourou), le Centre-Nord (Kuilisé) et l'Est (Goulmou, Sirba, Tapoa) concentrent 53% de l'enveloppe nationale. Cette configuration traduit un financement important des pôles hospitaliers et des services de référence.

Par ailleurs, la totalité des régions du pays est en deçà du standard de 34 200 FCFA¹⁸ par habitant par an avec une moyenne nationale de 19 314 FCFA. Les écarts régionaux de ressources par habitant restent contenus, mais réels. Quatre régions à savoir le Sud-Ouest (Djôrô), le Centre (Kadiogo), le Sahel (Liptako, Soum) et le Plateau Central (Oubri) affichent les niveaux les plus élevés (au-dessus de la moyenne nationale) à savoir 24 633 FCFA, 23 981 FCFA, 23 238 FCFA et 22 735 FCFA par habitant, tout en ne représentant chacun que 5 à 6% des ressources totales, ce qui reflète surtout leur faible poids démographique à l'exception de la région du Centre (Kadiogo) qui représente 14% du financement total pour la région la plus peuplée du pays.

À l'inverse, des régions comme l'Est (Goulmou, Sirba, Tapoa), le Centre-Nord (Kuilisé) ou la Boucle du Mouhoun (Bankui, Sourou) reçoivent chacune 8 à 9% de l'enveloppe, avec des montants par habitant inférieurs ou proches de la moyenne (entre 16 243 FCFA et 17 924 FCFA), indiquant un financement important en volume mais plus contraint par la taille de la population.

Dans l'ensemble, les données suggèrent une allocation relativement homogène des ressources de santé. Avec tout de même des écarts d'environ 10 000 FCFA par habitant entre les régions extrêmes. Le Sud-Ouest (Djôrô) enregistre 1,7 fois les ressources par habitant relevées dans la région du Centre-Sud (Nazinon). Les projets d'infrastructures en cours dans la région du Sud-Ouest (notamment le projet de construction du CHR-U de Gaoua) contribue à ces écarts relevés.

¹⁸ L'étude de la Banque mondiale publiée en 2025 et intitulée « *At a crossroads: Prospects for government health financing amidst declining aid* » identifie un benchmark de 60 dollars (34200) comme seuil minimal de dépense par habitant émanant de l'Etat et des PTF, pour les pays en développement afin d'assurer la marche du pays vers la couverture sanitaire universelle à horizon 2030.

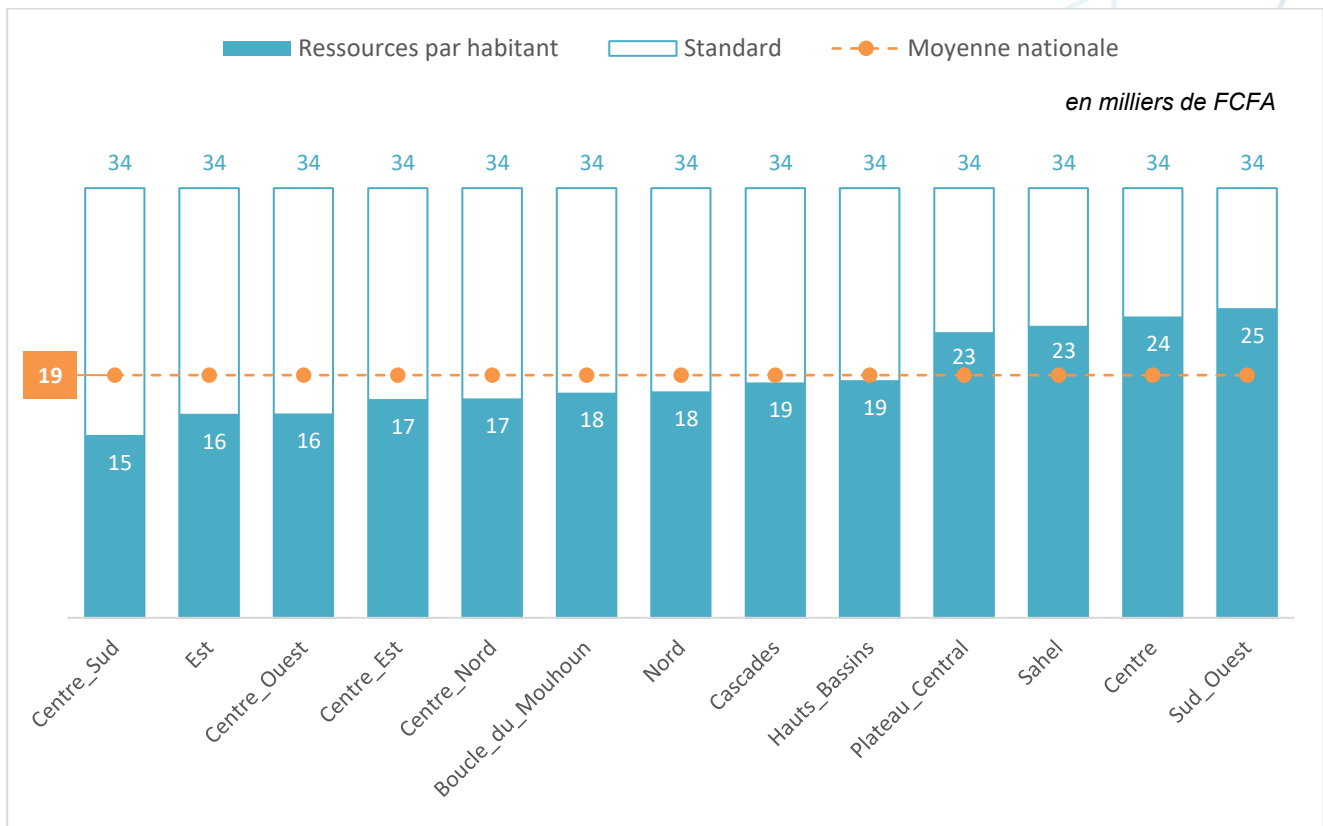


Figure 24 : Comparaison des ressources par habitant par région vs. standards

La structure d'allocation des ressources sur la période 2025-2030 permet d'assurer une couverture financière large sur l'ensemble du territoire, mais laisse peu de différenciation explicite selon les niveaux de besoins sanitaires ou les contraintes locales. Les chiffres indiquent ainsi une base de financement stable, sur laquelle des ajustements ciblés pourraient être envisagés sans améliorer l'équilibre global de la répartition.

12. Répartition des ressources par domaine d'intervention et catégorie de coûts

Une analyse détaillée et approfondie de la répartition des ressources, tant par domaine d'intervention que par catégorie de coûts, constitue un outil essentiel pour les acteurs concernés. Elle permet d'orienter de manière rationnelle l'allocation des ressources financières, de hiérarchiser les priorités d'investissement et d'assurer une utilisation optimale des fonds en cohérence avec les objectifs stratégiques définis.

Les ressources sanitaires de la période 2025-2030 sont allouées à deux catégories de domaines d'interventions dans le secteur de la santé : les interventions pour le renforcement du système de santé portant notamment sur les investissements de toute nature (constructions, acquisitions d'équipements, recrutement, paiement et formation des ressources humaines en santé) ; et les interventions visant à assurer la mise en œuvre des interventions de prévention, de soins et traitement, et de surveillance des différentes pathologies.

Pour la période 2025-2030, deux tiers des ressources totales de santé au Burkina Faso sont orientés vers le renforcement du système (RSS) à travers des investissements dans les ressources humaines (27%), les infrastructures et équipements (16%), la gouvernance et coordination des interventions (14%), la protection financière des ménages (4%), les domaines produits de santé et produits sanguins labiles, financement de la santé et système

d'information sanitaire captent 4% des ressources totales. Ces sept domaines qui comptabilisent 2 408 milliards de FCFA sur la période 2025-2030 sont financés à 91% par des ressources étatiques soit 87% des ressources totales de l'Etat pour cette période.

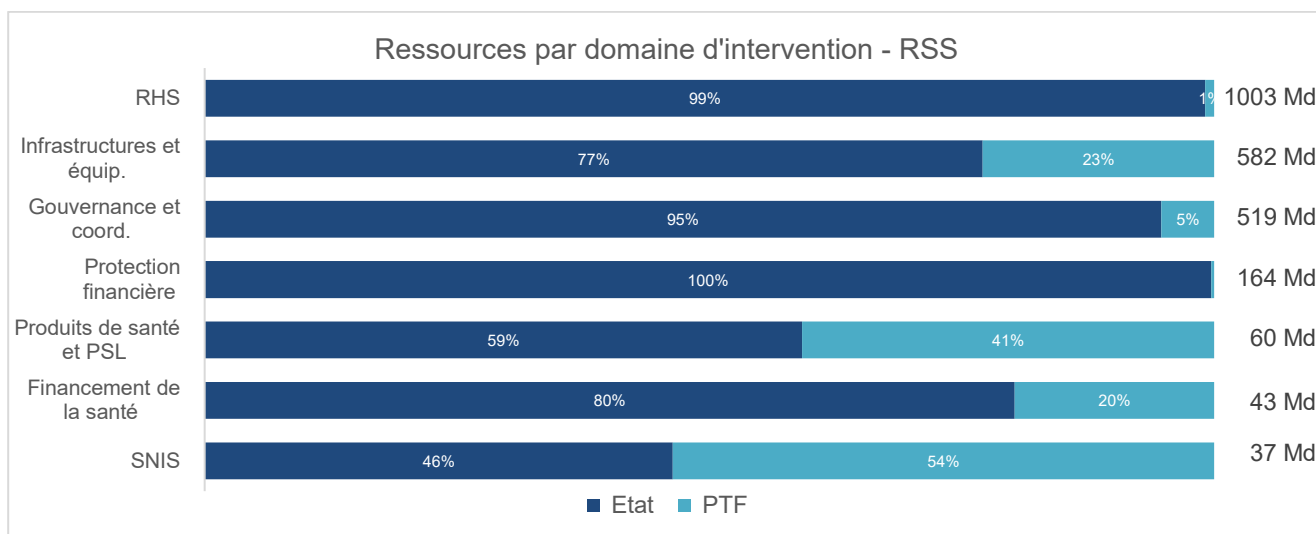


Figure 25 : Répartition des ressources des domaines de RSS 2025-2030

Le reste des domaines prioritaires de santé (pathologies et autres) qui représente le tiers des ressources totales de santé de la période 2025-2030 soit 1 266 milliards de FCFA, est majoritairement financé par les partenaires techniques et financiers (75%). Cela représente 1 166 milliards de FCFA soit 81% de toutes les ressources que les partenaires techniques et financiers consacrent au secteur de la santé sur la période 2025-2030. Assurant ainsi une complémentarité dans la structure de financement des domaines de santé au Burkina Faso. Mais exposant tout de même certains de ces domaines aux fluctuations du financement extérieur.

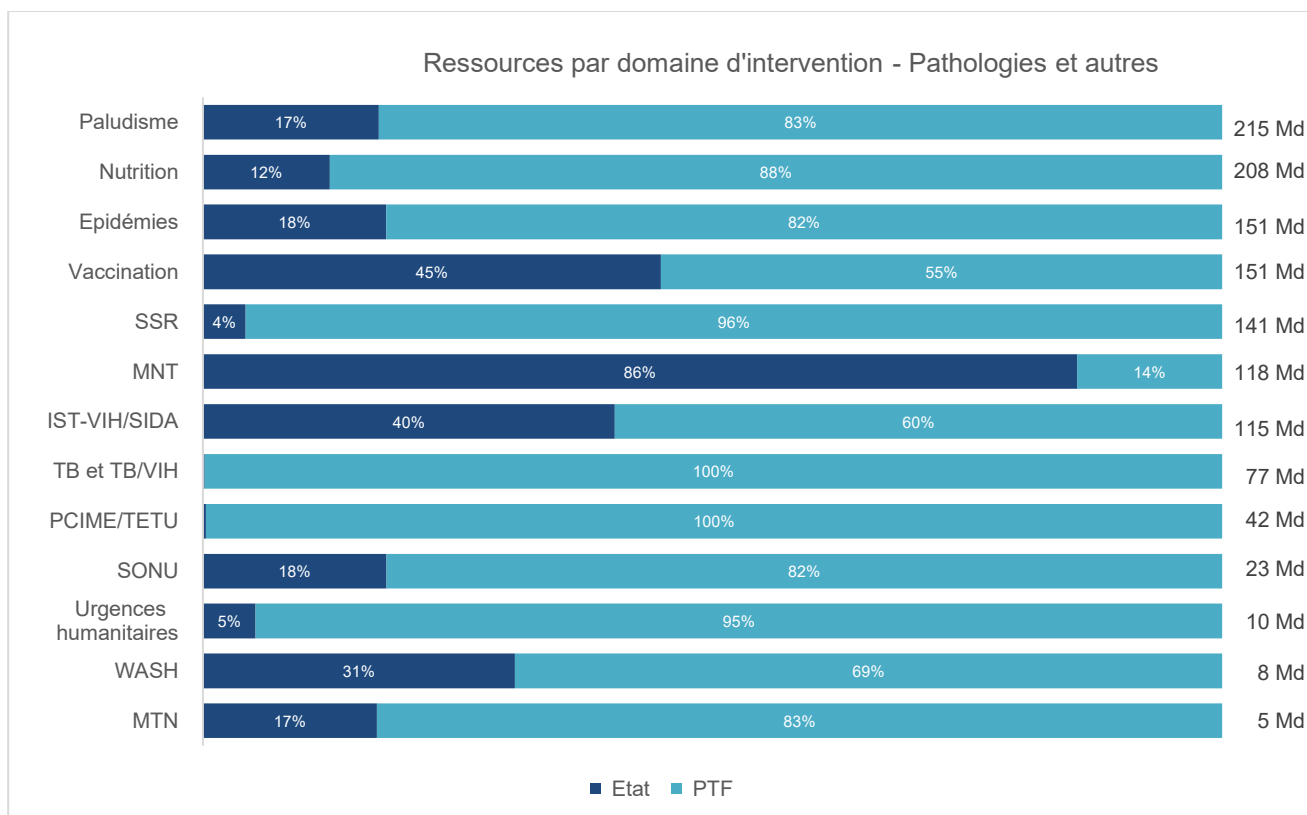


Figure 26 : Répartition des ressources des autres domaines prioritaires 2025-2030

L'allocation des ressources sanitaires sur la période 2025-2030 en fonction des différentes catégories de coûts¹⁹ est fortement concentrée sur les charges de personnel et les médicaments, qui mobilisent 1 896 milliards de FCFA, soit 52% du financement total (respectivement 28% pour les charges de personnel et 24% pour les médicaments et consommables médicaux). Ces deux catégories sont financées à plus de 76% par l'État, confirmant une prise en charge majoritairement nationale des dépenses récurrentes.

L'État renforce également son effort sur la recherche et le suivi-évaluation, avec des dotations dédiées dépassant 70 milliards de FCFA par an à partir de 2026 pour la recherche en santé et environ 20 milliards de FCFA par an pour le fonds d'appui à la recherche, traduisant une orientation progressive vers le pilotage fondé sur l'évidence.

En parallèle, les PTF concentrent 38% de leurs ressources (444 milliards de FCFA) sur les médicaments et consommables, 226 milliards de FCFA (près de 20%) sur les biens et services de santé, et 85 milliards de FCFA (plus de 7%) sur la gestion et l'administration des programmes.

Cette configuration met en évidence une répartition fonctionnelle des rôles, où l'État finance les fondations du système tandis que les PTF soutiennent principalement les intrants et les fonctions opérationnelles, avec des implications en termes de soutenabilité et de dépendance externe. À moyen terme, il conviendrait toutefois d'engager des ajustements progressifs, notamment par une prise en charge accrue de certains intrants par les ressources nationales, un meilleur ancrage budgétaire des appuis aujourd'hui financés par les PTF, et une utilisation plus stratégique des investissements en recherche et en planification pour améliorer l'efficacité globale et réduire la dépendance externe du système de santé.

La figure ci-dessous présente la répartition du financement des sources étatiques et externes par catégorie de coûts pour la période allant de 2025-2025.

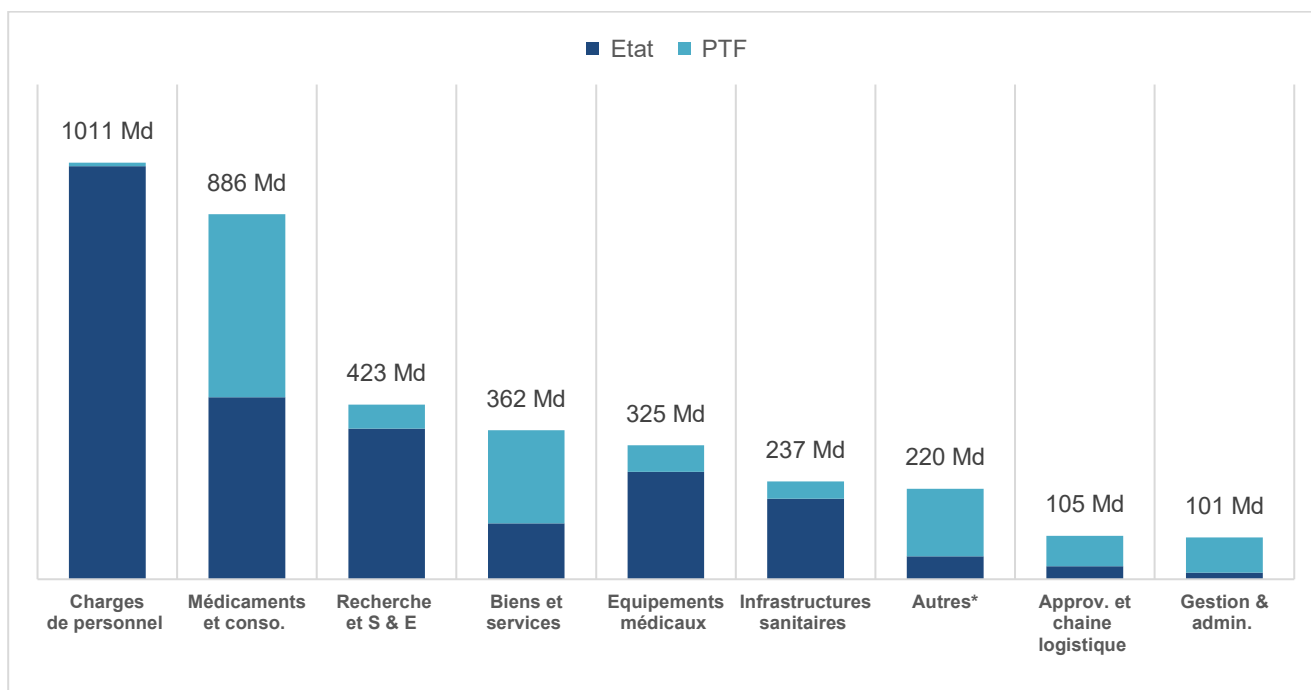


Figure 27 : Répartition des ressources 2025-2030 par catégorie de coûts

¹⁹ La catégorie « Autres » (6% du total, soit 220 milliards de FCFA) regroupe essentiellement des ressources d'appui au système (supervision, formations, assistance technique, maintenance, communication et réunions), financées majoritairement par les PTF (75%).

D. Analyse des gaps de financement du PNDS pour 2025-2030

L'analyse des gaps constitue un pilier central de l'exercice de cartographie dynamique des ressources du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030. Elle permet d'apprécier le niveau de mobilisation des financements requis pour la mise en œuvre des priorités et actions du plan stratégique du secteur de la santé. En mettant en évidence les insuffisances de financement, elle éclaire les décisions visant à mieux orienter et, le cas échéant, réallouer les ressources afin d'en accroître l'impact. Elle sert également de levier de plaidoyer pour la mobilisation de financements complémentaires lorsque cela s'avère nécessaire.

L'analyse du financement du PNDS pour la période 2025-2030, tenant compte des ressources de l'État, des partenaires externes et du secteur privé, révèle un déficit structurel persistant. Le déficit cumulé s'élève à 809 milliards FCFA, soit 17% du coût total du PNDS sur la période 2025-2030. Chaque année, les ressources disponibles restent inférieures aux besoins, avec un manque à financer moyen de 135 milliards FCFA, allant de 42 milliards FCFA en 2026 à 196 milliards FCFA en 2030, soit 6% à 23% du coût annuel du PNDS.

Cette situation s'explique en partie par la baisse progressive du financement extérieur, malgré l'augmentation des ressources nationales et de la contribution du secteur privé. Selon les prévisions financières, l'appui des partenaires techniques et financiers passera de 258 milliards FCFA à 160 milliards FCFA entre 2025 et 2030, soit une baisse de 38% sur la période, équivalant à un taux moyen annuel de -9%. Face à cette tendance, il est essentiel de garantir une meilleure intégration et efficacité des interventions de santé notamment celles consignées dans le PNDS pour compenser les déficits, tout en renforçant la mobilisation des

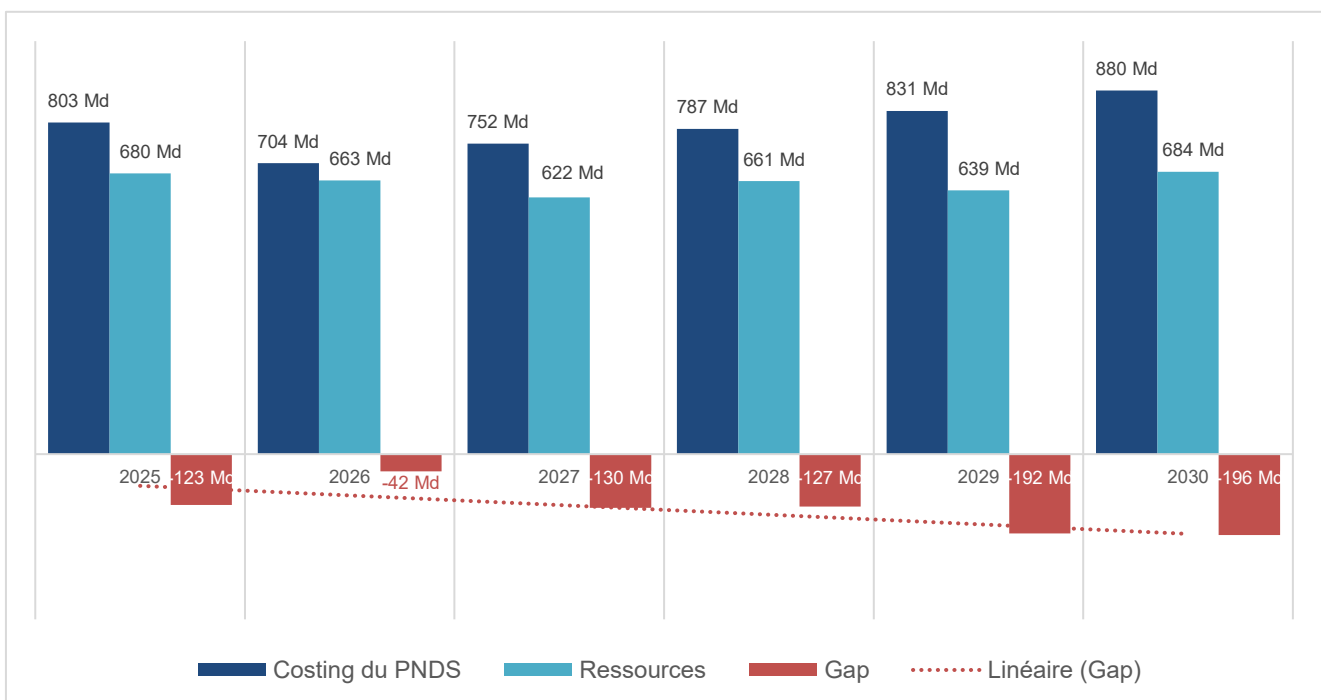


Figure 28 : Gaps globaux annuels de financement du PNDS pour 2025-2030

ressources domestiques afin de soutenir le secteur de la santé et d'assurer une amélioration équitable et durable de l'état de santé de la population burkinabè.

Les gaps globaux annuels de financement sont désagrégés par orientation stratégique (OS) du PNDS et par niveau administratif de mise en œuvre. Cette désagrégation permet d'identifier avec précision les domaines, priorités stratégiques et échelons institutionnels les plus affectés par les insuffisances de financement. Elle offre ainsi une lecture fine de la structure des déficits au sein du système national de santé, en mettant en évidence les écarts entre besoins programmés et ressources effectivement mobilisées.

Ce niveau d'analyse permet d'orienter les arbitrages budgétaires, prioriser les interventions, renforcer l'efficacité des exécutions financières et cibler les actions de mobilisation de ressources nécessaires afin de résorber les déficits de financement identifiés et d'assurer une mise en œuvre cohérente et efficace du PNDS.

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

Analyse de gaps de financement en milliards (Md) FCFA		Gap de financement 2025-2030			
		Costing	Ressources	Gap	
Gap Orientation Stratégique	OS 3 – Services de santé	2694 Md	1788 Md	-905 Md	-34%
	OS 2 – Ressources humaines	1325 Md	992 Md	-333 Md	-25%
	OS 1 – Leadership	240 Md	609 Md	369 Md	154%
	OS 4 – Prévention	234 Md	320 Md	86 Md	37%
	OS 5 – Urgences	265 Md	238 Md	-27 Md	-10%
Gap Niveau Administratif	District	2719 Md	1773 Md	-947 Md	-35%
	Régional	821 Md	1466 Md	645 Md	78%
	Central	1217 Md	710 Md	-507 Md	-42%
Gap global de financement 2025-2030		4757 Md	3948 Md	-809 Md	-17%

Le tableau ci-dessus met en évidence un déficit global de financement marqué par de forts déséquilibres entre orientations stratégiques et niveaux administratifs. Le sous-financement est principalement concentré sur l'OS 3 (services de santé), qui enregistre un gap de 905 milliards FCFA (34%), et sur l'OS 2 (ressources humaines), avec un déficit de 333 milliards FCFA (25%), ce qui affecte directement la prestation des soins. À l'inverse, les OS 1 (leadership) et OS 4 (prévention) présentent des excédents de financement respectifs de 369 milliards FCFA (154%) et 86 milliards FCFA (37%), traduisant un déséquilibre dans l'allocation des ressources.

Par niveau administratif, le déficit est le plus marqué au niveau des districts, avec un gap de 947 milliards FCFA (35%), suivi du niveau central (-507 milliards FCFA ; 42%), tandis que le niveau régional affiche un excédent de 645 milliards FCFA (78%). Ces écarts soulignent la nécessité d'un rééquilibrage stratégique des allocations en faveur des niveaux et orientations directement liés à la prestation des services de santé, afin d'améliorer l'efficacité globale du PNDS 2021-2030.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, des écarts de financement significatifs sont observés pour l'ensemble des domaines prioritaires du système de santé sur la période 2025-2030, au regard des besoins programmés dans le cadre du PNDS. L'analyse met en évidence un sous-financement généralisé, avec des intensités variables selon les domaines d'intervention.

En termes absolus, les gaps cumulés les plus élevés concernent la nutrition (564 milliards FCFA), les soins obstétricaux et néonataux d'urgence – SONU (256 milliards FCFA), la PCIME/TETU (247 milliards FCFA), le WASH (182 milliards FCFA) et le paludisme (172 milliards FCFA), traduisant une forte pression financière sur des interventions essentielles à fort impact sanitaire. Les domaines de la lutte contre les IST-VIH/SIDA (114 milliards FCFA) et la tuberculose/TB-VIH (90 milliards FCFA) affichent également des déficits importants, susceptibles d'affecter la continuité des services et les acquis en matière de contrôle des maladies.

En termes relatifs, les niveaux de couverture financière demeurent particulièrement faibles pour les maladies tropicales négligées (97%), le WASH (96%), les SONU (92%) et la PCIME/TETU (86%), indiquant que plus de quatre cinquièmes des besoins ne sont pas couverts sur la période. À l'inverse, les domaines de la gestion des épidémies et de la santé sexuelle et reproductive présentent des gaps plus limités, avec respectivement 44% et 10%, suggérant une mobilisation des ressources relativement plus satisfaisante.

Ces constats soulignent la nécessité d'un renforcement ciblé de la mobilisation des ressources et d'un rééquilibrage des allocations en faveur des domaines les plus sous-financés, afin d'assurer une couverture adéquate des interventions prioritaires, réduire les inégalités de financement et consolider durablement les performances du système national de santé.

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

Domaine	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Gap global 2025-30	
Epidémies	24 Md	15 Md	7 Md	2 Md	0,5 Md	-2 Md	46 Md	44%
SSR	7 Md	11 Md	5 Md	-1 Md	-3 Md	-6 Md	13 Md	10%
RSS	-118 Md	16 Md	-31 Md	-21 Md	-18 Md	4 Md	-167 Md	-6%
Vaccination	-4 Md	-0,2 Md	-3 Md	-6 Md	-7 Md	-9 Md	-29 Md	-16%
MNT	-13 Md	-1 Md	-2 Md	-2 Md	-3 Md	-3 Md	-24 Md	-17%
Paludisme	-85 Md	-69 Md	1 Md	1 Md	-10 Md	-11 Md	-172 Md	-44%
IST-VIH/SIDA	-12 Md	-16 Md	-17 Md	-15 Md	-26 Md	-28 Md	-114 Md	-50%
TB et TB/VIH	-20 Md	-22 Md	-10 Md	-2 Md	-20 Md	-17 Md	-90 Md	-54%
Nutrition	-78 Md	-84 Md	-93 Md	-98 Md	-102 Md	-110 Md	-564 Md	-73%
PCIME/TETU	-38 Md	-40 Md	-37 Md	-35 Md	-47 Md	-50 Md	-247 Md	-86%
SONU	-32 Md	-35 Md	-41 Md	-44 Md	-49 Md	-54 Md	-256 Md	-92%
WASH	-23 Md	-25 Md	-29 Md	-32 Md	-34 Md	-38 Md	-182 Md	-96%
MTN	-18 Md	-21 Md	-24 Md	-26 Md	-28 Md	-30 Md	-147 Md	-97%

E. Analyses des domaines prioritaires du système de santé

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 structure l'action sanitaire au Burkina Faso autour de domaines d'intervention prioritaires, définis en fonction des principaux enjeux sanitaires et des besoins du système de santé du pays.

Dans ce cadre, le présent exercice de cartographie dynamique des ressources en santé analyse l'évolution, la répartition et le niveau de financement de ces domaines, en mettant en évidence les écarts entre besoins programmés et ressources mobilisées. Elle permet ainsi d'identifier les déséquilibres de financement et d'éclairer les décisions d'allocation des ressources en cohérence avec les priorités sanitaires nationales.

L'analyse porte ainsi sur divers domaines à savoir : les Soins de Santé Primaires (SSP), la Santé Communautaire, la SRMNEA-N (santé reproductive et maternelle, santé néonatale et infantile, nutrition), les principales pathologies (paludisme, VIH/SIDA et IST, tuberculose, maladies tropicales négligées, épidémies et maladies non transmissibles), ainsi que le Renforcement du Système de Santé (RSS).

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

Les Soins de Santé Primaires (SSP) constituent le pilier du système de santé burkinabè et un levier stratégique pour l'atteinte de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso. D'où la mise en place d'une agence dédiée depuis 2019 dénommée (l'Agence nationale de gestion des soins de santé primaires - AGSP), et l'élaboration récente d'un plan d'investissement dans le domaine des soins de santé primaires pour la période 2024-2028. Selon le Plan d'investissement SSP 2024-2028, ils englobent l'ensemble des interventions promotionnelles, préventives, curatives et réadaptatives, accessibles aux populations et dispensées au plus près des communautés à travers les structures de premier niveau (PSC, CSPS/CM, CMA). Cette approche dépasse le seul secteur de la santé en intégrant des actions intersectorielles déterminantes et repose sur une forte participation communautaire, garantissant des soins intégrés, équitables et centrés sur les besoins réels des populations.

Sur le plan financier, les SSP absorbent une part majoritaire des ressources du secteur de la santé, représentant entre 54% et 64% des financements annuels, soit une moyenne de 581 milliards de FCFA par an sur la période 2023-2030. L'État demeure un acteur clé, assurant plus du quart du financement annuel, avec une contribution moyenne estimée à 182 milliards de FCFA, traduisant un engagement affirmé en faveur du renforcement des SSP.

Cependant, cette dynamique reste fragilisée par une dépendance persistante aux dépenses directes des ménages, qui représentent plus de la moitié du financement des SSP sur la période prospective 2025-2030 (51%, soit plus de 401 milliards de FCFA par an). Cette situation s'explique en grande partie par la contraction des financements extérieurs, historiquement évalués à 30% et désormais réduits à 18%. Ce déséquilibre pose un enjeu majeur d'équité et de soutenabilité, et appelle à une réponse intersectorielle coordonnée afin de sécuriser un financement durable des SSP, en cohérence avec les principes fondateurs de la Déclaration d'Alma-Ata (1978)²⁰. Dans ce contexte, le renforcement des SSP ne peut se limiter à une augmentation des volumes financiers, mais doit surtout s'accompagner d'une amélioration de l'efficacité des dépenses, d'une meilleure coordination des acteurs et d'innovations dans les mécanismes de financement. La réduction de la charge financière supportée par les ménages apparaît comme une priorité, notamment à travers l'extension

²⁰ La Déclaration d'Alma-Ata (1978) affirme la santé comme un droit fondamental et définit les Soins de Santé Primaires comme la stratégie clé, intersectorielle et participative, pour réduire les inégalités et atteindre la santé pour tous : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>

effective des mécanismes de protection sociale, le renforcement de la gratuité ciblée et la mobilisation accrue de ressources domestiques. Par ailleurs, l’alignement des interventions des PTF sur les priorités nationales des SSP demeure essentiel pour consolider un système résilient, capable de répondre durablement aux besoins sanitaires des populations, en particulier les plus vulnérables.

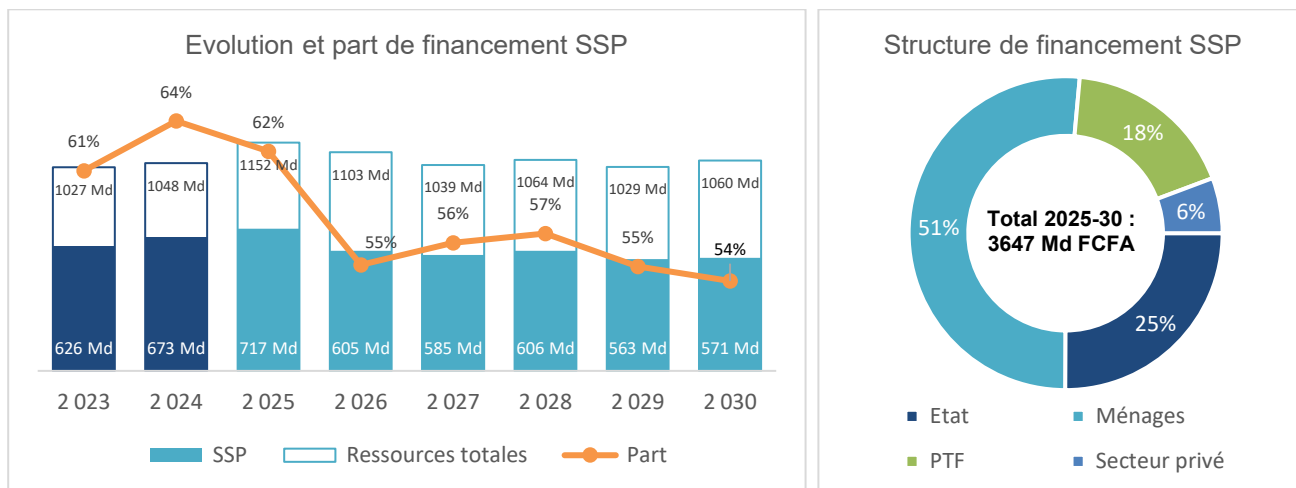


Figure 29 : Evolution, part et structure de financement des Soins de Santé Primaires (SSP)

L’analyse de la répartition des ressources des Soins de Santé Primaires (SSP) met en évidence des disparités budgétaires substantielles entre districts sanitaires. Le financement annuel moyen par habitant s’établit à 25 964 FCFA au niveau national, mais masque des écarts extrêmes : il varie de 13 745 FCFA dans le district de Diapaga à 85 746 FCFA à Léna, soit un différentiel de plus de 72 000 FCFA par habitant soit une différence de plus de 6,2 fois.

Plus de la moitié des districts (37/70) se situent en dessous de la moyenne nationale, avec des niveaux de financement compris entre 15 000 et 25 000 FCFA par habitant, tandis qu’un nombre limité de districts (13/70) dépasse le seuil de 40 000 FCFA. À l’opposé, plusieurs districts fortement peuplés tels que Boulmiougou, Bogodogo, Diapaga enregistrent des dotations par habitant inférieures à 20 000 FCFA, traduisant une pression accrue sur les services de santé primaires.

Ces écarts ne reflètent pas uniquement des différences démographiques, mais révèlent une allocation encore peu sensible aux besoins sanitaires différenciés et aux contraintes locales. En l’absence de mécanismes correcteurs explicites, cette structure de financement risque de compromettre l’équité territoriale et l’atteinte des objectifs de couverture sanitaire universelle, appelant à une révision des critères d’allocation des ressources SSP conformément aux orientations du PNDS.

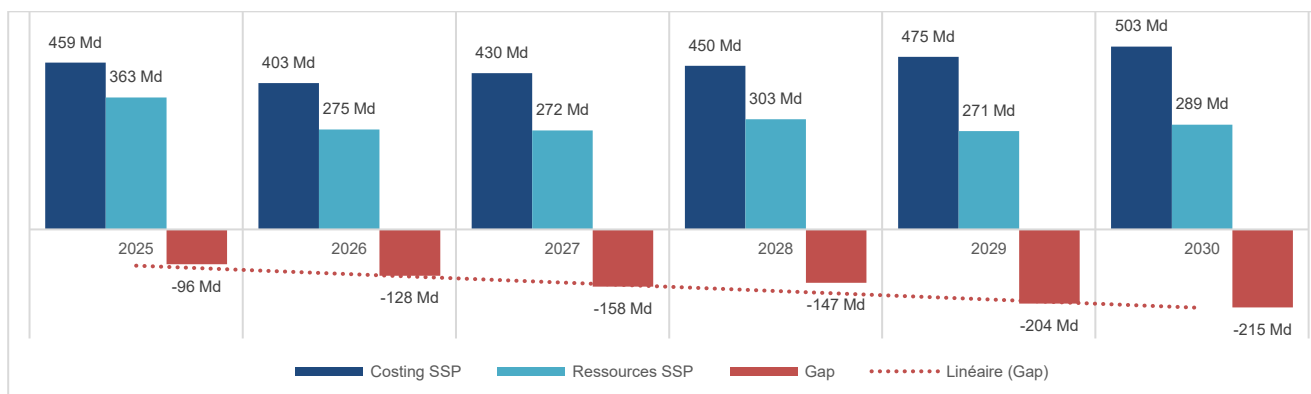


Figure 30 : Gaps annuels de financement des Soins de Santé Primaires (SSP)

14. Analyse sur la Santé Communautaire (SC)

L'analyse de la santé communautaire fournit des éclairages déterminants sur les allocations budgétaires et les niveaux de dépenses consacrés à ce domaine au Burkina Faso. Elle met en lumière la distribution des ressources financières dans l'espace et dans le temps, offrant ainsi une meilleure compréhension de leur orientation en faveur des actions de santé communautaire.

Par ailleurs, cette analyse révèle les déséquilibres et les insuffisances observées dans certaines zones ou thématiques, et suggère des leviers pour une utilisation plus efficiente des ressources. Ces informations constituent un socle essentiel pour l'ajustement des politiques de santé communautaire et le renforcement de l'efficacité des interventions dans ce domaine stratégique. L'institutionnalisation de ce domaine depuis près d'une dizaine d'année à travers le recrutement, la formation et le déploiement des agents de santé à base communautaire (ASBC) montre davantage son importance à l'échelle nationale. Ces récentes années plusieurs moyens et efforts sont conjugués pour renforcer la santé communautaire notamment à travers l'élaboration de la Stratégie Nationale de Santé Communautaire (SNSC) pour la période 2024-2028.

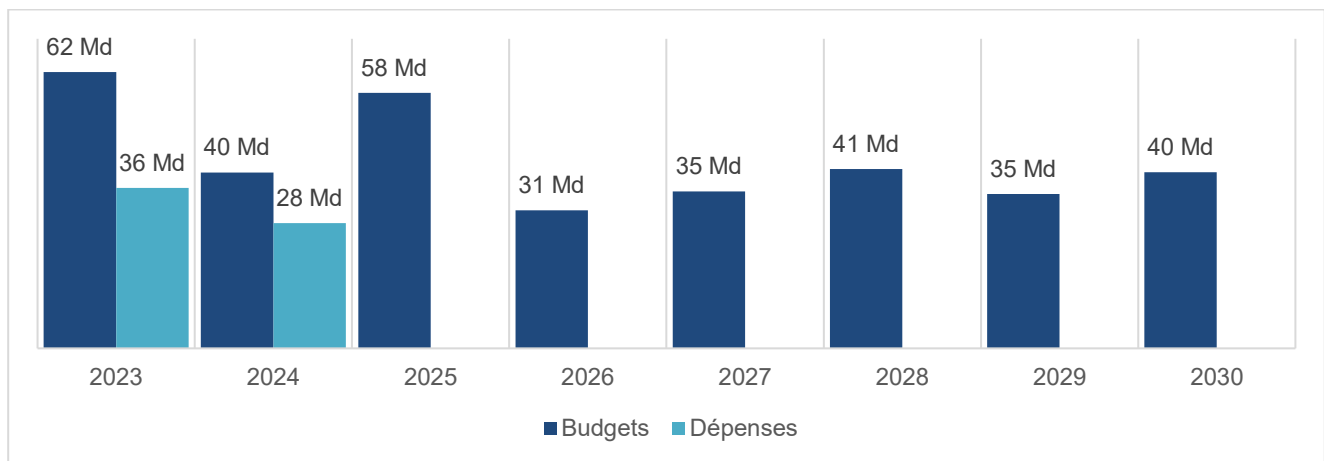


Figure 31 : Evolution du financement de la santé communautaire 2023-2030

Après des dépenses de 36 et 28 milliards de FCFA en 2023 et 2024, le financement de la santé communautaire s'élève en moyenne à 40 milliards de FCFA par an sur la période 2025-2030.

La répartition des ressources révèle une part étatique de 44% soit environ 105 milliards de FCFA sur la période 2025-2030 (plus de 17 milliards de FCFA par an). Le reste du financement émane des partenaires techniques et financiers du domaine tel qu'illustré ci-dessous

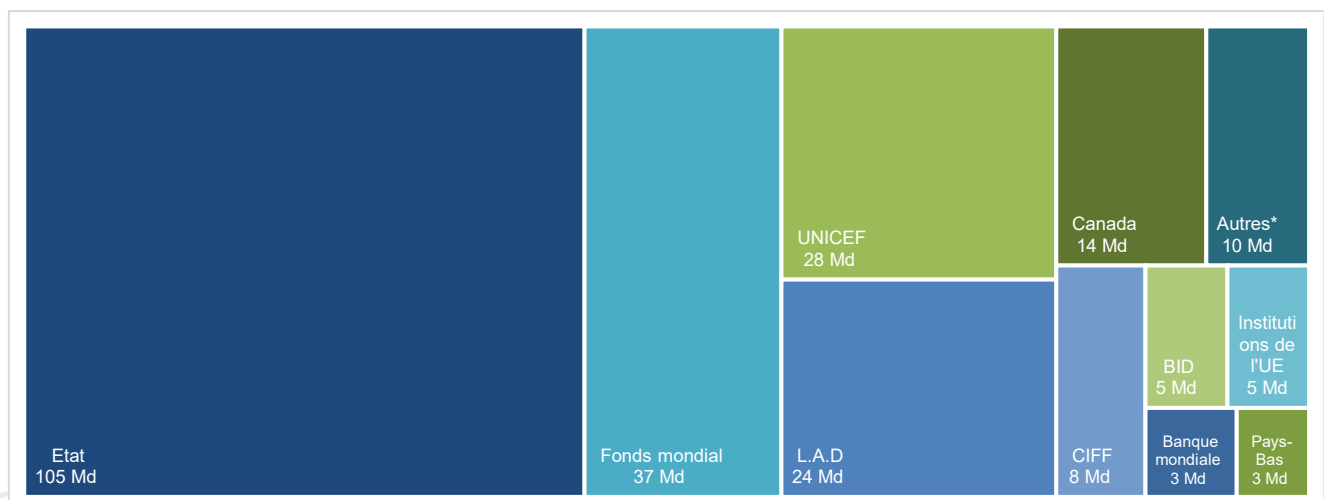


Figure 32 : Financement de la santé communautaire par source (2025-2030)

Les ressources des PTF sont réparties comme suit : Fonds mondial (37 milliards de FCFA ; 15% incluant le projet BIRCH mis en œuvre par Living Goods), UNICEF (28 milliards de FCFA; 12%), L.A.D (24 milliards de FCFA; 10%), Canada (14 milliards de FCFA; 6%), CIFF (8 milliards de FCFA; 3%), BID (5 milliards de FCFA; 2%), Institutions de l'UE (5 milliards de FCFA; 2%), Banque mondiale (3 milliards de FCFA; 1%), Pays-Bas (3 milliards de FCFA; 1%). Les autres PTF²¹ contribuent à hauteur 10 milliards de FCFA soit 4% du financement total du domaine pour la période 2025-2030.

La répartition des financements de santé communautaire met en évidence une priorité claire accordée au renforcement global du domaine. Ce volet capte 52% des ressources sur 2025-2030 (plus de 125 milliards FCFA), principalement consacrées à la motivation des ASBC (43%). Les investissements structurants demeurent limités, avec seulement 7% alloués aux infrastructures, à la digitalisation et à la gouvernance. Les prestations de services représentent 46% des ressources (près de 110 milliards FCFA), largement orientées vers la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant, de l'Adolescent, et de Nutrition (SRMNEA-N) avec 43%, tandis que les prestations de paludisme (2%) et de VIH/IST (1%) restent modestement financés, traduisant une nécessité de diversification et de renforcement des réponses sanitaires surtout basées sur les besoins des différentes localités.

L'analyse de l'allocation des ressources de santé communautaire par territoire et par habitant met en évidence de fortes disparités géographiques. À titre illustratif, la région du Plateau-Central (Oubri) bénéficie de plus de six fois le niveau de financement par habitant (6 064 FCFA) observé dans la région du Centre (Kadiogo) à savoir 941 FCFA, alors que la moyenne nationale s'établit à 1 436 FCFA. Par ailleurs, près de 60% des régions demeurent en deçà de cette moyenne, révélant des inégalités dans la distribution des ressources, susceptibles de limiter l'équité et l'efficacité des interventions de santé communautaire.

L'examen du financement de la santé communautaire révèle un déficit de 30 milliards de FCFA sur la période 2024-2028, soit un manque à gagner de 13% au regard du coût global de la SNSC estimé à 235 milliards de FCFA. Ce niveau d'insuffisance budgétaire est susceptible d'impacter l'atteinte des objectifs stratégiques du secteur.

À l'horizon 2026-2030, la soutenabilité et l'efficacité des interventions communautaires dépendront d'une rationalisation accrue et d'une meilleure intégration des actions des différents acteurs, combinées à un plaidoyer renforcé en faveur de la mobilisation de ressources additionnelles, prioritairement domestiques et pérennes, afin d'assurer une couverture adéquate des besoins des populations et la continuité des services essentiels.

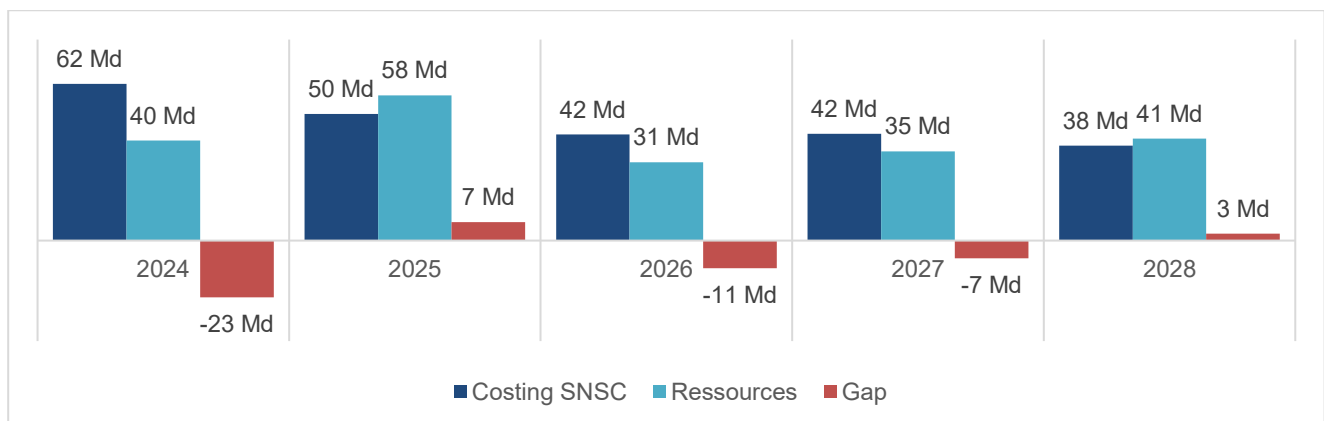


Figure 33 : Gaps annuels de financement de la SNSC 2024-2028

²¹ LLF/BID (2 Md ; 1%), États-Unis d'Amérique (2 Md ; 1%), GSK (2 Md ; 0,8%), Helmsley Charitable Trust (1 Md ; 0,4%), GAVI (1 Md ; 0,3%), UNFPA (1 Md ; 0,3%), Médecins du Monde (0,2 Md ; 0,1%), ONUSIDA (0,2 Md ; 0,1%), Enabel (0,1 Md ; 0,1%), OMS (0,1 Md ; 0,05%), ELMA (0,1 Md ; 0,04%).

15. Analyse sur la SRMNEA-N

La Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant, de l'Adolescent, et de Nutrition (SRMNEA-N) constitue un domaine d'importance majeure pour le système de santé du Burkina Faso. Le pays a enregistré des progrès notables en santé maternelle et néonatale, mais les défis persistent selon le diagnostic mené avant l'élaboration du plan stratégique 2025-2030 du domaine²². Malgré les progrès, la mortalité maternelle reste élevée avec une régression préoccupante de la couverture en consultations prénatales (de 92,4% en 2021 à 83,2% en 2023). La mortalité néonatale a baissé de 28 à 18 pour 1000 naissances vivantes entre 2010 et 2021, mais 97% des décès surviennent dans les 7 premiers jours, principalement dus à la prématurité (40,9%) et l'asphyxie (24,4%). Les SONU présentent des fonctions en souffrance (réanimation néonatale, transfusion sanguine) et les structures manquent souvent d'équipements, de personnel qualifié et d'intrants.

Quant à la mortalité infanto-juvénile, elle varie fortement selon les régions (de moins de 40 à 79-100 pour 1000 naissances vivantes). Chez les adolescents, la fécondité précoce touche 20% des 15-19 ans, 43,5% des filles subissent des mariages précoces. Par ailleurs, la malnutrition constitue un défi majeur : 23% de retard de croissance, 17,6% d'insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans, et plus de 8 enfants sur 10 souffrent d'anémie. Les interventions nutritionnelles (supplémentation en fer, diversité alimentaire) restent insuffisamment déployées, et l'offre de services adaptés demeure limitée.

En matière de financement, la SRMNEA-N capte environ 400 milliards de FCFA par année soit plus de 65% des ressources totales de santé provenant de l'Etat et des PTF et 35% des ressources totales santé toute source de financement confondue (y compris ménages et secteur privé).

Sur la période 2025-2030, l'Etat est le principal contributeur avec 63% des ressources SRMNEA-N soit plus de 1513 milliards de FCFA et les PTF 37% soit 875 milliards de FCFA.

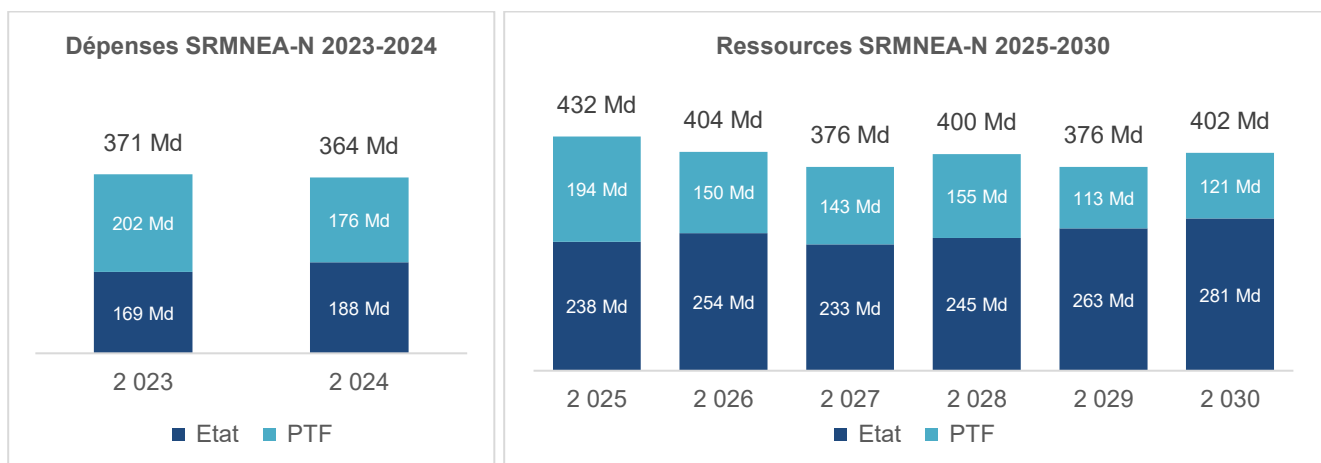


Figure 34 : Evolution du financement de la SRMNEA-N 2025-30 par source de financement

Par ailleurs, Parmi les 34 PTF (bailleurs) qui contribuent activement au domaine, huit (8) acteurs concentrent 77% des ressources de la période 2025-2030 à savoir : Fonds mondial (269 milliards de FCFA ; 31%), UNICEF (109 milliards de FCFA ; 12%), PAM (76 milliards de FCFA ; 9%), GAVI (73 milliards de FCFA ; 8%), Banque mondiale (58 milliards de FCFA ; 7%), L.A.D (57 milliards de FCFA ; 6%), États-Unis d'Amérique (32 milliards de FCFA ; 4%).

L'analyse des différents sous-domaines de la SRMNEA-N met en lumière leurs dynamiques de financement et l'adéquation de la répartition des ressources par rapport aux besoins.

²² Plan stratégique SRMNEA-N 2025-2030.

15.1. Santé reproductive et santé maternelle

La santé de la reproduction (SR) occupe une place importante dans le système sanitaire national. Elle mobilise chaque année des financements publics et extérieurs estimés à près de 24 milliards de FCFA. Sur la période 2025-2030, les ressources programmées pour ce domaine atteignent environ 135 milliards de FCFA, dont la majeure partie provient des partenaires techniques et financiers (96%), l'État contribuant à hauteur de 4%. Les financements extérieurs sont principalement assurés par six (6) acteurs qui représentent 97% des ressources extérieures SR : L.A.D à travers le PSSR II (42% des financements PTF), la Banque mondiale à travers notamment le projet SWEDD+(25%), l'UNFPA avec les interventions dans le domaine (13%), le Canada via les projets tels que ELUZO et PRURIELLES (11%), l'Union européenne à travers le projet Lasso santé (3%), et Enabel (2%).

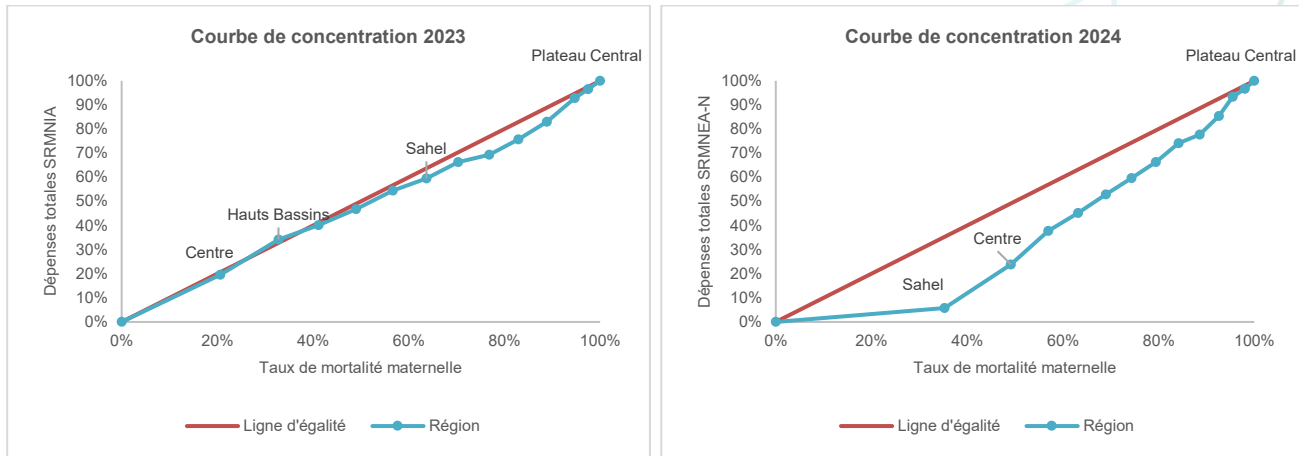
L'analyse de la répartition régionale de ces ressources, rapportée à la population cible de la santé de la reproduction notamment les femmes en âge de procréer, met en évidence d'importants déséquilibres. Les niveaux de financement par cible varient fortement d'une région à l'autre, traduisant une allocation peu homogène. À titre d'exemple, alors que la moyenne nationale par année s'établit à 3 624 FCFA par femme en âge de procréer, la région de la Boucle du Mouhoun (Bankui/Sourou) bénéficie de 5 849 FCFA par cible, contre seulement 2 690 FCFA dans la région des Hauts-Bassins (Guiriko), soit un écart d'un facteur 2,2. Ces disparités soulignent la nécessité d'un meilleur alignement de l'allocation des ressources sur les besoins afin de renforcer l'équité territoriale dans l'accès aux interventions de santé de la reproduction.

À l'instar de la santé reproductive, la santé maternelle constitue un domaine crucial du secteur de la santé au Burkina Faso. Selon le RGPH 2019, le ratio de mortalité maternelle au Burkina Faso était de 222,9 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2019. Pour face à ce défi de réduction du taux de mortalité maternelle, des efforts sont déployés à la fois par l'Etat et par les autres parties prenantes du secteur de la santé pour réduire considérablement ce ratio. Ces efforts passent également par l'allocation financière optimale des ressources financières.

Le domaine de la santé maternelle constitue l'un des domaines avec assez d'écart de financement entre les différentes localités du pays. L'analyse de la répartition des dépenses SRMNEA-N pour 2023-2024, selon la méthodologie d'O'Donnell et al. (2007), révèle des insuffisances d'équité dans l'allocation des ressources. La courbe de concentration montre que la distribution devient légèrement moins concentrée pro-besoins en 2024 qu'en 2023 (IC : 0,213 en 2023 ; 0,182 en 2024), traduisant une modération de l'orientation vers les régions à forte mortalité maternelle. En 2024, la région du Sahel (Soum, Liptako), avec un taux de mortalité maternelle de 678 pour 100 000 parturientes, ne reçoit que 6% des dépenses totales, alors que les Hauts-Bassins (Guiriko), avec un taux de 151 pour 100 000, captent 14% des ressources, et le Centre (Kadiogo), avec 267 pour 100 000, reçoit 18% du budget. Cette situation montre que les populations les plus exposées au risque de mortalité maternelle sont souvent sous-financées.

Parallèlement, les indices économiques confirment une répartition légèrement défavorable aux régions les moins riches : les indices de Gini du PIB par habitant restent modérés (0,275 en 2023 ; 0,271 en 2024), mais les indices de Kakwani négatifs (-0,063 en 2023 ; -0,089 en 2024) indiquent une légère régressivité : les régions les plus riches reçoivent proportionnellement davantage de ressources, malgré l'orientation globale pro-besoins.

Ainsi, bien que les dépenses SRMNEA-N soient partiellement ciblées sur les besoins sanitaires des régions, leur allocation reste inégale et légèrement régressive économiquement. Pour améliorer l'équité et renforcer l'impact des politiques de réduction de la mortalité maternelle, il serait nécessaire d'ajuster les mécanismes de financement afin de mieux aligner les ressources avec l'intensité réelle des besoins des régions les plus exposées.



Indices	2023	2024
Indice de concentration (IC)	0,2127	0,1823
Indice Gini	0,2753	0,2711
Indice Kakwani	-0,0626	-0,0886

Figure 35 : Courbes et indices de concentration des dépenses 2023-2024 SRMNEA-N et les taux de mortalité maternelle dans les régions sanitaires du Burkina Faso

L'analyse d'équité présentée ci-dessus est complétée par l'analyse d'efficacité à travers l'approche Data Envelopment Analysis²³ (Yitbarek et al., 2019). Les données d'entrée (inputs) considérées sont : les dépenses publiques SRMNEA-N, ainsi que les dépenses des bailleurs externes SRMNEA-N et les dépenses totales SRMNEA-N. Les données de sortie (outputs) sont le nombre d'accouchements institutionnels, le nombre CPN et le nombre CPON et la couverture en planification familiale.

Les résultats mettent en évidence la nécessité de réorienter les ressources afin d'améliorer l'équité et l'efficacité des interventions SRMNEA-N à l'échelle nationale. Les régions les plus vulnérables subissent une double pénalité, caractérisée par des taux de mortalité élevés et de faibles niveaux d'efficacité. La région du Centre (Kadiogo) illustre cette situation : en raison notamment des référencement, elle enregistre l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés (267 à 271 décès) tout en affichant une efficacité limitée à 20-24%, correspondant à une perte de 76% de ses outputs potentiels.

Par ailleurs, l'efficacité moyenne nationale est en nette baisse, passant de 69% en 2023 à 52% en 2024. Cette évolution appelle à une réallocation budgétaire ciblée vers les régions cumulant inefficacité et forte mortalité, accompagnée d'un renforcement de la gestion des services afin d'améliorer durablement la performance des interventions SRMNEA-N sur l'ensemble du territoire.

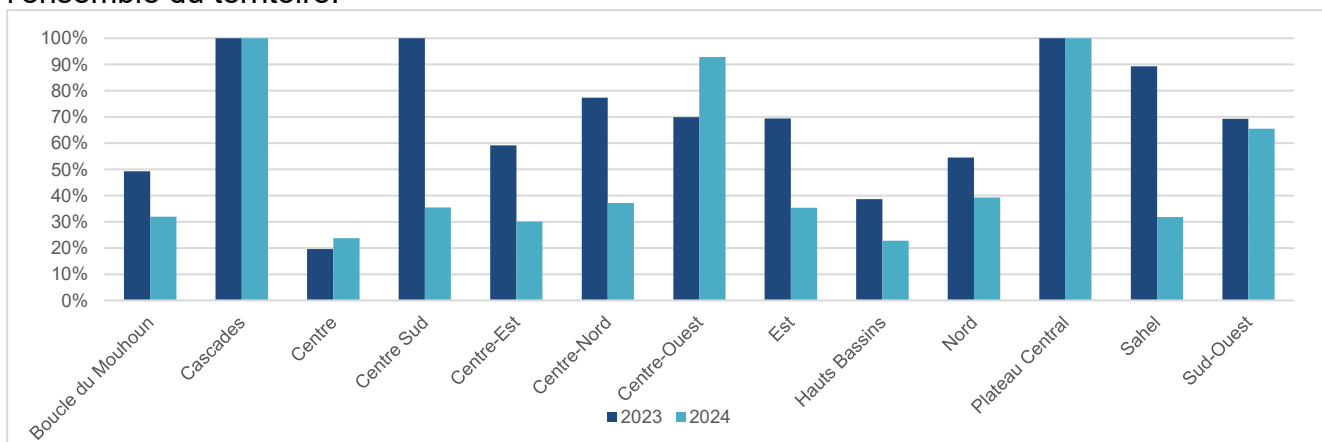


Figure 36 : Efficacité régionale dans l'utilisation des ressources SRMNEA-N 2023-2024

²³ La DEA est une technique non-paramétrique qui permet de mesurer l'efficacité relative d'unités de décision (DMU - Decision Making Units) qui utilisent des ressources (inputs) pour produire des résultats (outputs).

15.2. Santé néonatale et infantile

Le domaine de la santé néonatale et infantile mobilise, sur la période 2025-2030, un volume financier annuel supérieur à 117 milliards de FCFA. L'État assure près de 29% de ce financement, soit une contribution moyenne estimée à 34 milliards de FCFA par an. Les partenaires techniques et financiers jouent un rôle majeur dans le soutien du secteur, avec un apport annuel d'environ 83 milliards de FCFA, représentant une part importante des ressources mobilisées. Ces ressources émanent à 60 de trois PTF à savoir le Fonds mondial (27%), l'UNICEF (18%) et le PAM (15%).

La structure de ces financements montre une forte concentration des dépenses sur les intrants essentiels. Plus de la moitié des ressources (58%) est consacrée à l'acquisition de médicaments et de consommables médicaux, en particulier ceux destinés à la lutte contre le paludisme, ainsi qu'à l'achat d'intrants nutritionnels pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition chez les enfants. Cette orientation budgétaire reflète les priorités sanitaires actuelles, mais souligne également la nécessité de veiller à un équilibre avec les investissements en renforcement des services, des capacités et de la qualité des soins.

Par ailleurs, l'analyse de l'allocation des ressources par région, rapportée aux populations cibles de chaque localité, met en évidence d'importants déséquilibres territoriaux. La distribution des financements dédiés à la santé néonatale et infantile varie fortement d'une région à l'autre, comme l'illustre la figure ci-dessus.

Sur la période 2025-2030, la région du Sahel (Liptako, Soum) bénéficie d'un niveau de ressources nettement supérieur à celui du Plateau Central (Oubri), avec un volume de plus de 2,5 fois plus élevé. Alors que la moyenne nationale s'établit à 23 959 FCFA, le Sahel (Liptako, Soum) reçoit 46 601 FCFA, contre 18 343 FCFA pour le Plateau Central (Oubri).

Ces écarts soulignent la nécessité d'intégrer les dynamiques de mobilité des populations dans les mécanismes d'allocation budgétaire, afin d'orienter les ressources vers les régions d'accueil et de garantir une prise en charge adaptée des populations cibles.

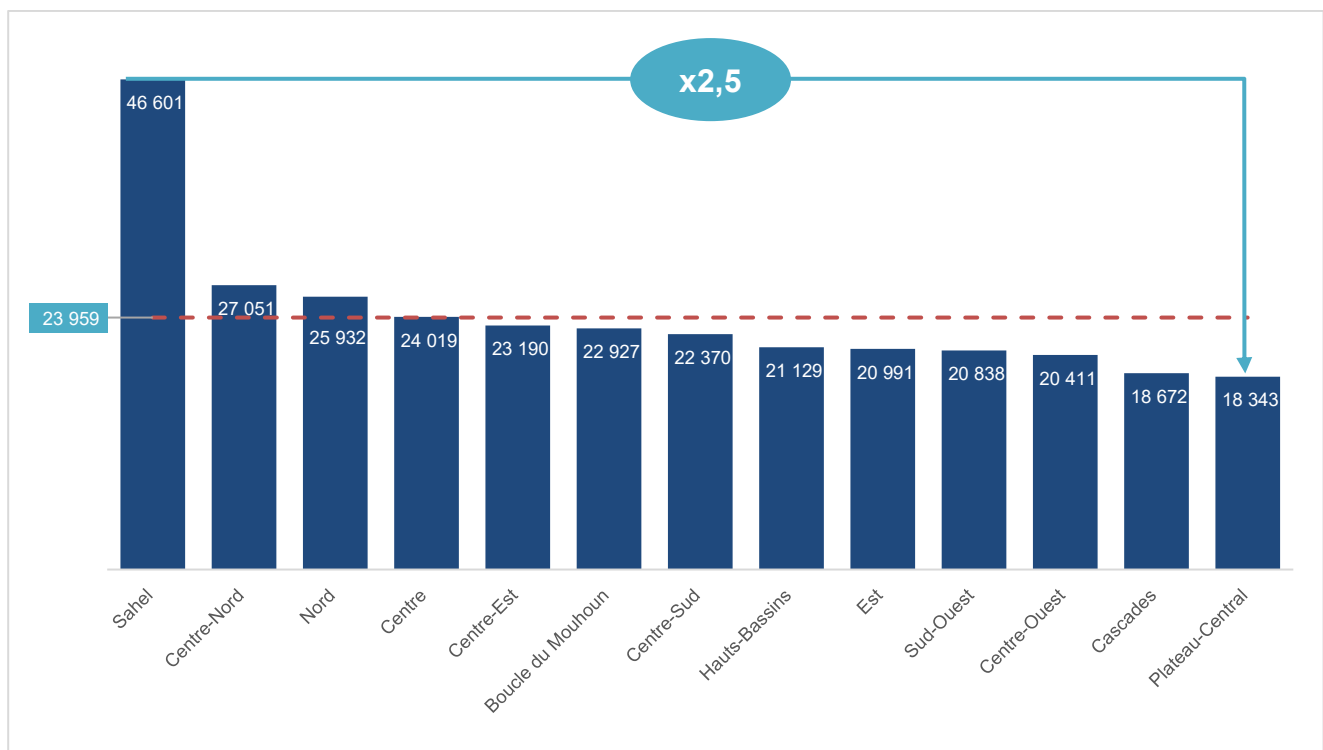


Figure 37 : Ressources de santé néonatale et infantile 2025-2030 par région et cible

15.3. Nutrition

Selon les estimations de l'UNICEF, la malnutrition reste un problème majeur de santé publique au Burkina Faso. Elle est associée chaque année à environ 26 000 décès d'enfants de moins de cinq ans. Au-delà de son impact sanitaire, elle engendre des conséquences économiques significatives, avec des pertes annuelles estimées à 408 milliards de FCFA. Par ailleurs, près d'un million d'enfants souffrent de retard de croissance, tandis que plus de 2,5 millions, soit environ 83%, présentent une anémie, illustrant l'ampleur et la complexité des défis nutritionnels persistants

Pour faire face à ces défis surtout dans un contexte de défi sécuritaire, diverses initiatives sont mises en œuvre par l'État et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), visant à prévenir et lutter efficacement contre la malnutrition dans les différentes localités du pays.

Sur la période 2025-2030, les engagements financiers en faveur de la nutrition s'élèvent en moyenne à 35 milliards de FCFA par année provenant de l'Etat (12%) et des PTF (88%). Parmi les PTF l'UNICEF et le PAM sont les contributeurs majeurs avec respectivement 41% et 38% des financements extérieurs dans le domaine pour la période 2025-2030.

Les ressources totales de nutrition sont réparties entre la prise en charge des cas (53%), la prévention (32%) et la surveillance (15%). Par ailleurs, plus de deux tiers des ressources totales de la nutrition sont alloués à l'achat de médicaments et consommables médicaux (50%) et à l'approvisionnement et gestion de la chaîne logistique (19%). Les ressources totales de nutrition bénéficient à 95% aux enfants et 5% aux femmes enceintes et allaitantes.

Les résultats de l'analyse ci-dessous montre une cohérence entre les besoins des populations de chaque région et les ressources allouées par cible pour l'année 2025 à l'instar des précédentes années. Le coefficient de corrélation (R) s'élève à 0,93 pour un coefficient de détermination (R²) de 0,82. Il convient de maintenir et renforcer cette dynamique pour une équité totale dans l'accès aux interventions visant à juguler la malnutrition pour le bien-être des populations de toutes les localités du pays.

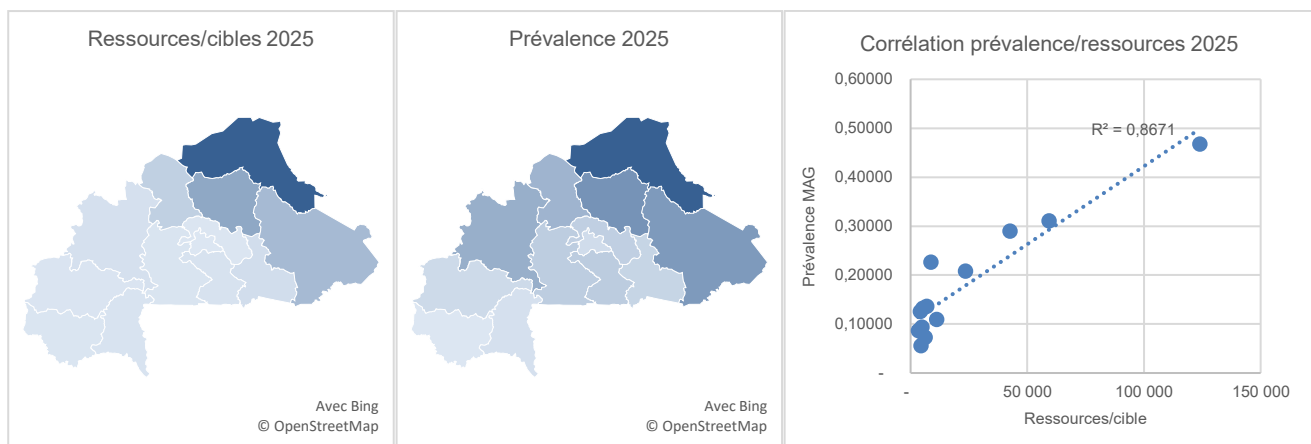


Figure 38 : Équité dans la répartition des ressources de la nutrition 2025 par région et cible

S'agissant de l'arrimage des ressources au Plan stratégique multisectoriel de la nutrition, l'analyse met en évidence un déficit de financement majeur, représentant plus de la moitié des ressources requises. En effet, le secteur devrait mobiliser plus de 88 milliards de FCFA par an afin de combler un déficit estimé à 58% sur la période 2025-2028. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire d'ajuster les prévisions de financement afin de les aligner sur les capacités réelles de mobilisation des ressources et de garantir la mise en œuvre effective des interventions prioritaires du secteur.

16. Analyse sur les principales pathologies

Cette section présente une analyse succincte de sept (7) pathologies jugées prioritaires et faisant l'objet d'une attention particulière au sein du système de santé national. Sur la période 2025-2030, ces pathologies concentrent un volume de financement estimé à 680 milliards de FCFA, soit 19% des ressources totales allouées au secteur de la santé par l'Etat et les PTF.

16.1. Paludisme

Le paludisme occupe une place centrale parmi les enjeux sanitaires au Burkina Faso. Le profil épidémiologique du pays reste dominé par les maladies endémiques et épidémiques, au sein desquelles le paludisme se distingue par son poids particulièrement élevé en termes de morbidité et de mortalité.

D'après les données de l'Annuaire statistique 2024 du Système national d'information sanitaire (SNIS), cette affection représente la première cause de recours aux services de santé, concentrant 33,6% des consultations et 43,9% des hospitalisations, tout en constituant la principale cause de décès dans les formations sanitaires, avec une proportion de 8,7%.

En 2024, l'incidence du paludisme est estimée à 458 cas pour mille habitants, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans demeurant les groupes les plus exposés et les plus affectés par cette maladie.

De manière générale, le financement dédié à la lutte contre le paludisme présente de fortes fluctuations d'une année à l'autre, principalement liées à l'organisation des campagnes trisannuelles de distribution universelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA). Les années correspondant à ces campagnes se caractérisent ainsi par une augmentation significative des ressources mobilisées.

Par ailleurs, l'appui apporté par GAVI pour l'introduction du vaccin antipaludique en 2024 a contribué à un accroissement exceptionnel des financements du sous-secteur, portant les niveaux de ressources au-delà des montants habituellement observés.

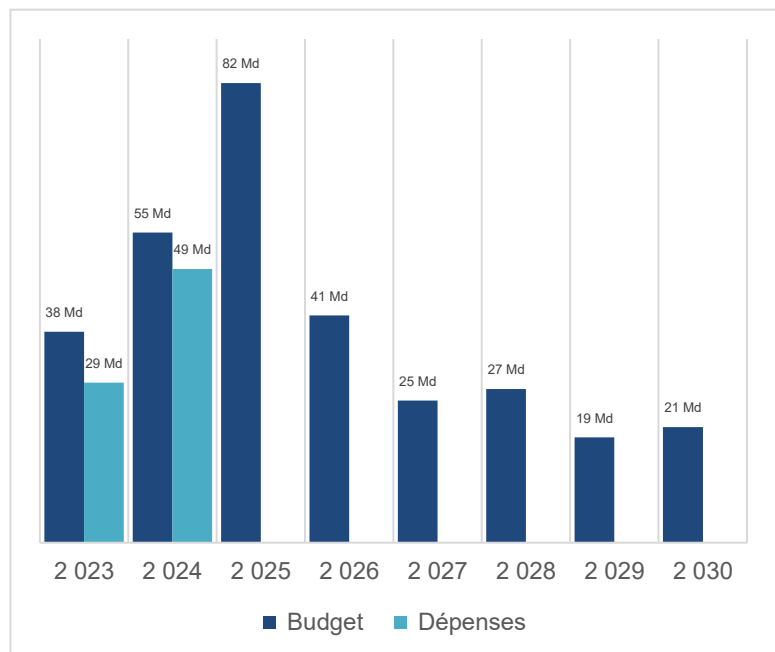


Figure 39 : Evolution annuelle du financement du paludisme de 2023-2030

Sur la période 2025-2030, hormis les financements consacrés à certains volets de renforcement du système de santé (ressources humaines, infrastructures et équipements sanitaires, renforcement de la gouvernance du système de santé), le paludisme s'impose comme le domaine le plus fortement financé. Il mobilise à ce titre un volume de financement estimé à 215 milliards de FCFA, représentant 6% du financement total du secteur de la santé provenant de l'État, des partenaires techniques et financiers, des ménages et du secteur privé.

Les ressources allouées à la lutte contre le paludisme sont majoritairement orientées vers les activités de prévention, qui absorbent 68% des financements, suivies des soins et du traitement (29%), puis de la surveillance épidémiologique (3%). Dans l'ensemble, près des deux tiers des financements sont consacrés à l'achat de médicaments et de consommables

médicaux (33%) ainsi qu'à l'acquisition de biens et services (29%).

Les données révèlent des écarts significatifs entre les dépenses et la létalité du paludisme selon les régions. Dans la population générale, les dépenses par cas varient de 1 191 à 2 696 FCFA (moyenne nationale : 1 852 FCFA), sans relation systématique avec la létalité : le Sahel (Liptako, Soum) avec 1,4% et l'Est (Goulmou, Sirba, Tapoa) avec 1,0% présentent les taux les plus élevés malgré des dépenses par cas proches ou inférieures à la moyenne nationale.

Chez les enfants de moins de 5 ans, les dépenses par cas sont plus élevées (moyenne 4 764 FCFA), mais les régions à forte létalité, notamment le Sahel (Liptako, Soum) avec 3,1% et l'Est (Goulmou, Sirba, Tapoa) avec 1,7%, ne figurent pas parmi les mieux financées, contrairement au Centre-Est et au Centre-Nord. Ces constats soulignent la nécessité de mieux aligner l'allocation des ressources sur les indicateurs de gravité, en particulier la létalité, afin d'améliorer l'efficacité des interventions de lutte contre le paludisme.

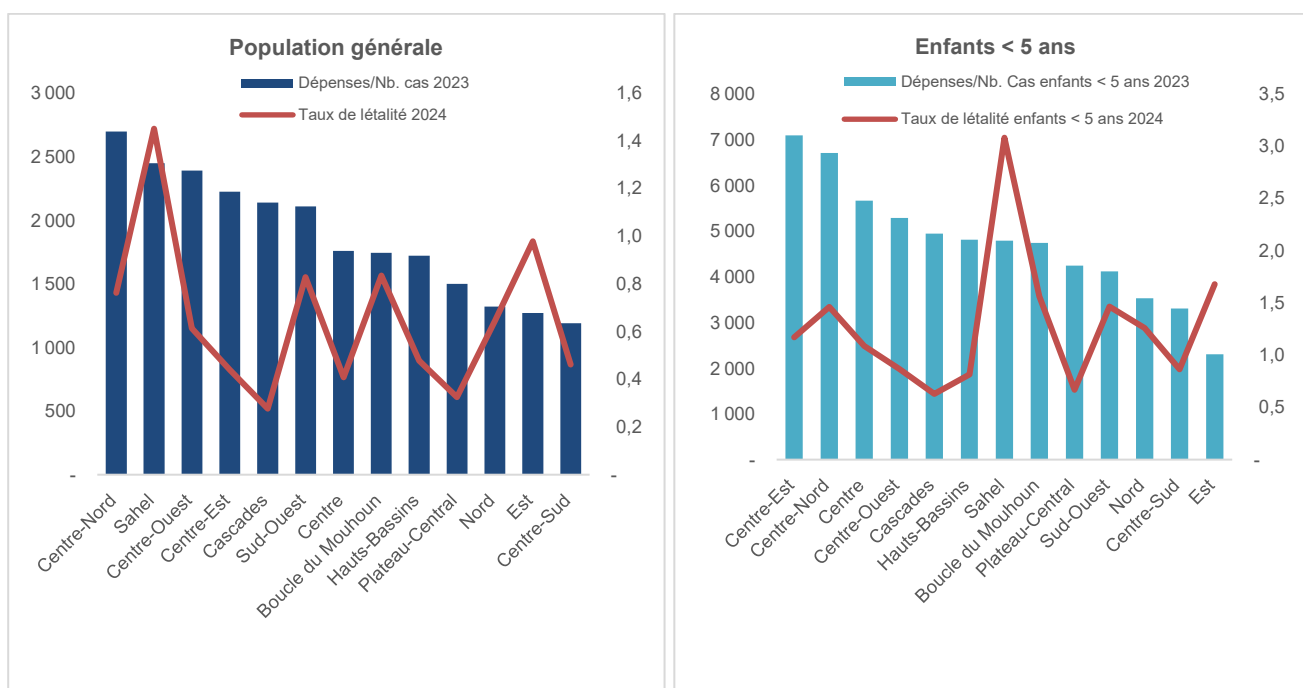


Figure 40 : Répartition des dépenses/hbt (2023) vs. taux de létalité du paludisme (2024)

L'analyse des écarts de financement de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso révèle qu'en moyenne plus des deux tiers des besoins annuels restent non couverts selon les engagements financiers actuels pour 2026-2030. Cette situation pourrait compromettre la mise en œuvre d'interventions clés. Elle souligne la nécessité de renforcer la mobilisation des ressources surtout domestiques et pérennes, d'améliorer l'allocation et la planification des fonds selon les priorités stratégiques, ainsi que de renforcer la coordination entre les acteurs afin d'optimiser l'utilisation des ressources et l'impact des financements.

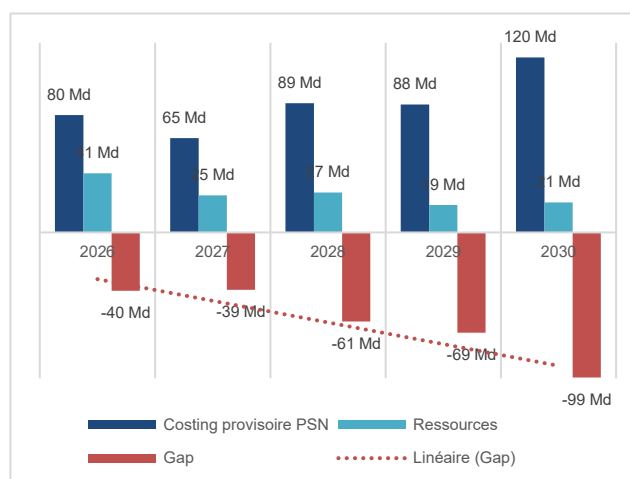


Figure 41 : Gaps de financement du paludisme 2026-30 selon le PSN Paludisme provisoire

16.2. VIH/SIDA et IST

La riposte au VIH/SIDA au Burkina Faso a enregistré des progrès majeurs au cours des récentes années, se traduisant par une baisse marquée de la prévalence. Selon l'annuaire statistique 2024, le taux de prévalence est passé de 7,17% en 1997 à 0,6% en 2023 au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans, illustrant l'impact des efforts soutenus en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge.

Sur le plan financier, la lutte contre le VIH/SIDA mobilise en moyenne environ 19 milliards de FCFA par an, provenant de l'État (y compris un appui direct de la Présidence du Faso en faveur du Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le SIDA et les IST - SP/CNLS-IST) et des partenaires techniques et financiers dont le Fonds mondial, l'ONUSIDA.

Sur la période 2025-2030, le domaine VIH/SIDA et IST mobilise au total 115 milliards de FCFA.

La structure du financement de la lutte contre le VIH/SIDA est dominée par l'État (46 milliards FCFA, 40%) et le Fonds mondial (48 milliards FCFA, 42%), qui représentent à eux seuls plus de 80% des ressources mobilisées.

Les autres contributeurs incluent les États-Unis d'Amérique (10 milliards FCFA, 9%), UNOPS (4 milliards FCFA, 4%), l'Italie (3 milliards FCFA, 3%), l'UNICEF (2 milliards FCFA, 2%), l'UNFPA (1 milliard FCFA, 1%), l'ONUSIDA (1 milliard FCFA, part marginale) et la Fondation Gates (7,5 millions de FCFA).

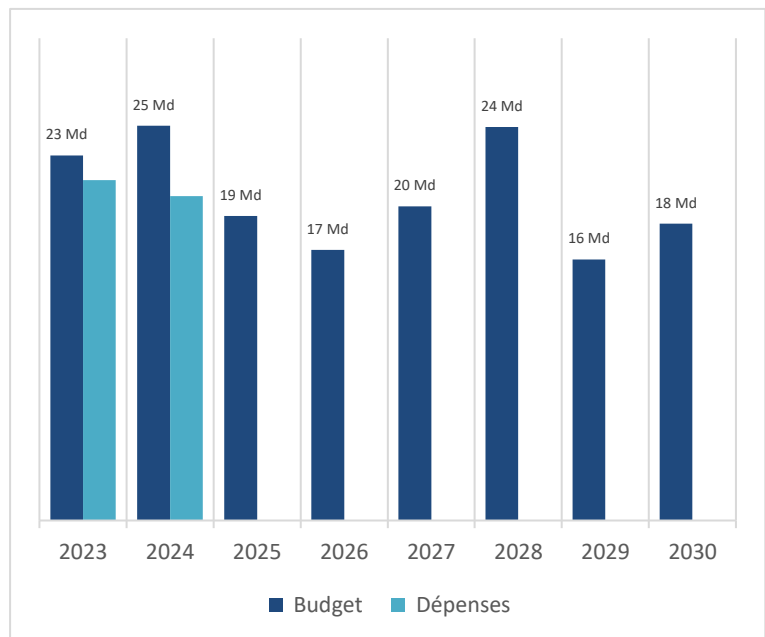


Figure 42 : Financement du VIH/SIDA de 2023-2030

Près de 93% des ressources sont allouées aux efforts de préventions, le reste bénéficiant à la prise en charge et à la surveillance.

A l'instar des autres domaines prioritaires, le VIH/SIDA et IST enregistre des gaps structurellement négatifs (19 milliards de FCFA en moyenne selon la budgétisation du domaine dans le PNDS pour la période 2025-2030 soit 49% de déficit) appelant à un renforcement des actions de mobilisation, de gestion rigoureuse et de planification objective de sorte à garantir un financement optimal de ce domaine clé.

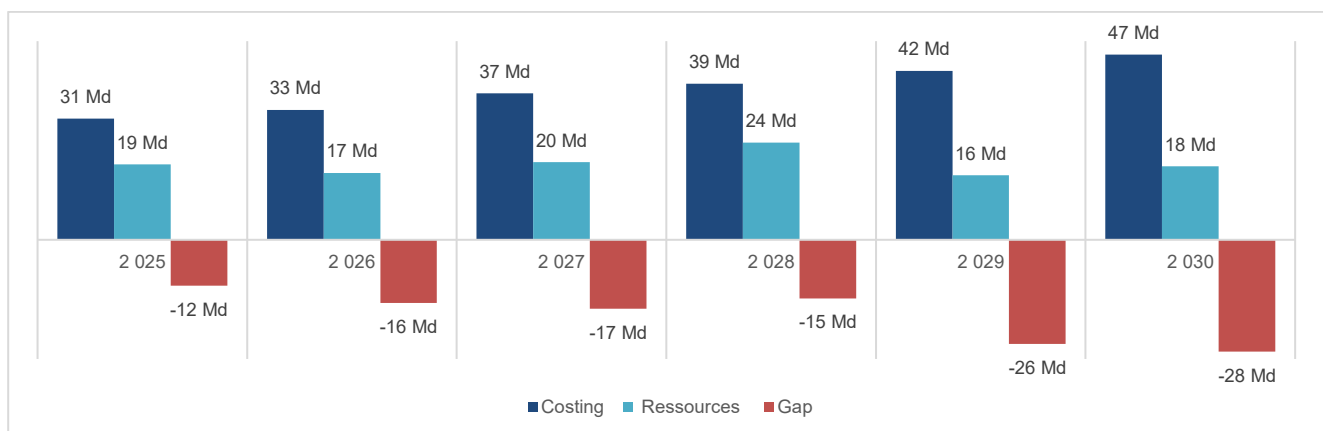


Figure 43 : Gaps de financement du VIH/SIDA et IST 2026-30 selon le PNDS

16.3. Tuberculose

La tuberculose (TB) constitue un défi de santé publique majeur au Burkina Faso, classé 77^e parmi les 100 pays à forte charge de la maladie, selon l'OMS. Avec un taux d'incidence estimé à 44 cas pour 100 000 habitants (soit 9 900 cas), seulement 69% des cas sont notifiés. En 2024, le taux de mortalité est estimé à 7,3 décès pour 100 000 habitants, soulignant l'urgence d'intensifier les actions de lutte contre la maladie.

En matière de financement, la TB reçoit annuellement en moyenne 12 milliards de FCFA de la part de l'État et des PTF sur la période 2025-2030. Ce financement émane quasi-totalement du Fonds mondial (99%). Cela interpelle sur la nécessité d'assurer la soutenabilité du financement du domaine en augmentant les ressources domestiques destinées à la TB.

Les ressources destinées à la TB sur la période 2025-2030 servent de manière équitable à des interventions de prévention (50%) et de soins et traitement (50%). Ces ressources vont quasi-totalement dans l'achat de médicaments et consommables médicaux (99%).

L'analyse de la répartition régionale des ressources allouées à la tuberculose (TB) par rapport aux cas dépistés montre une corrélation positive entre le nombre de cas identifiés et les financements ($R = 0,79$; $R^2 = 0,62$). Cependant, certaines régions comme l'Est (Goulmou, Sirba, Tapoa) et la Boucle du Mouhoun (Bankui, Sourou), qui enregistrent deux fois moins de cas que le Sud-Ouest (Djôrô) ou le Sahel (Liptako, Soum), bénéficient de deux fois plus de ressources. Ces écarts mettent en évidence la nécessité de réajuster l'allocation des financements pour garantir un accès équitable aux ressources de TB, en tenant compte notamment du nombre de cas dépistés dans chaque localité.

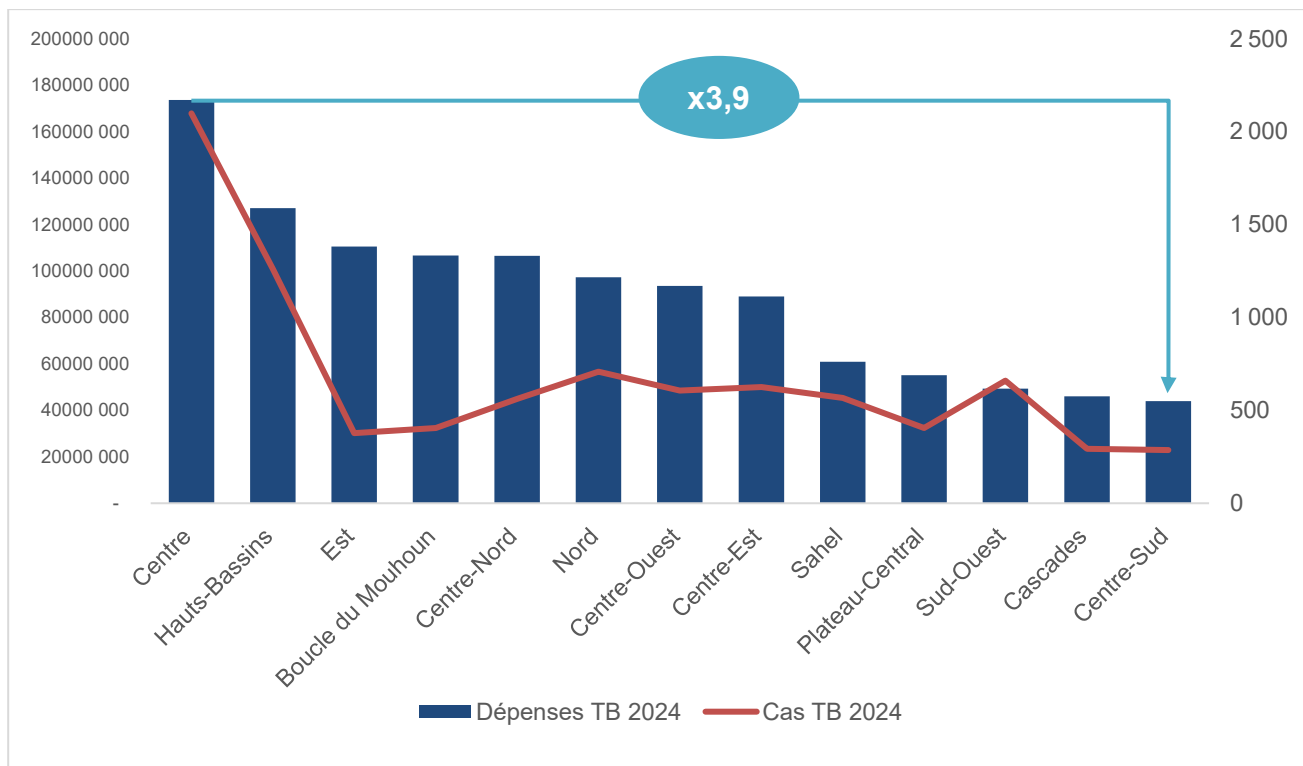


Figure 44 : Dépenses TB vs. Cas TB par région 2024

Le domaine de la tuberculose présente un déficit annuel moyen d'environ 15 milliards de FCFA sur la période 2025-2030, représentant plus de la moitié des besoins financiers pour répondre aux exigences de prise en charge des populations.

Il est donc crucial de renforcer la mobilisation de ressources supplémentaires et d'optimiser l'allocation des fonds existants afin de combler ces lacunes et de garantir des soins de qualité et accessibles à tous.

16.4. Maladies non transmissibles (MNT)

Au Burkina Faso, comme dans de nombreux pays en développement, les maladies non transmissibles (MNT) représentent un problème de santé publique croissant. Leur importance est liée aux multiples facteurs de risque associés, et elles englobent notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les maladies mentales ainsi que la drépanocytose, affectant significativement la morbidité et la mortalité dans le pays.

Les MNT bénéficient en moyenne de 20 milliards de FCFA par an avec un grand bond à partir de 2026. L'Etat demeure la principale source de financement de ce domaine au Burkina Faso avec plus de 85% des ressources totales.

Sur la période 2025-2030, près de 50% des ressources totales MNT et 88% des ressources de l'Etat pour les MNT s'orientent vers l'acquisition de produits pour les unités de dialyse (environ 10 milliards par an de 2026 à 2030). Le reste du financement étatique est dirigé vers les activités de transplantation rénale. L'appui au programme national de lutte contre le cancer s'élève à environ 700 millions de FCFA par an sur la période 2026-2030

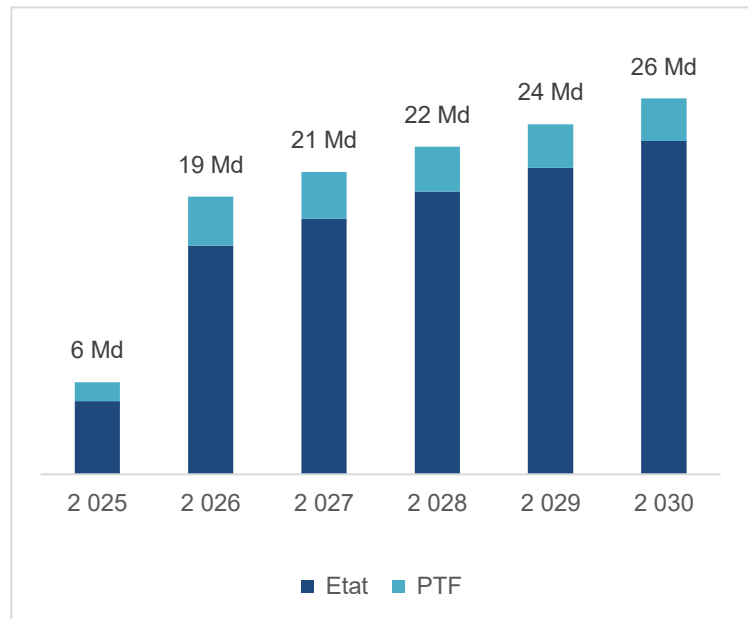


Figure 45 : Evolution et structure de financement des MNT 2025-2030

Sur le total de financement de la période 2025-2030, qui s'élève à 118 milliards de FCFA, le sous-domaine insuffisance rénale capte 103 milliards de FCFA soit 87%. Ensuite le financement du cancer du col de l'utérus qui s'élève à 9 milliards de FCFA (8%) porté notamment par UNITAID à travers le projet SUCCESS 1&2. Le reste du financement (5%) est reparti entre les maladies cardiovasculaires, la santé mentale (portée essentiellement par l'Italie à travers le projet Renaissance 2) et l'infection des yeux et oreilles.

Les besoins non couverts en matière de maladies non transmissibles (MNT) s'élèvent en moyenne à 4 milliards de FCFA par an sur la période 2025-2030, soit 17% du budget total MNT, soulignant la nécessité d'une gestion rigoureuse et efficiente des ressources disponibles. De plus, en raison de la spécialisation des traitements, l'essentiel des financements est concentré en zones urbaines, rendant indispensable une meilleure coordination pour assurer l'accès aux services de prévention et de prise en charge des MNT sur tout le territoire national.

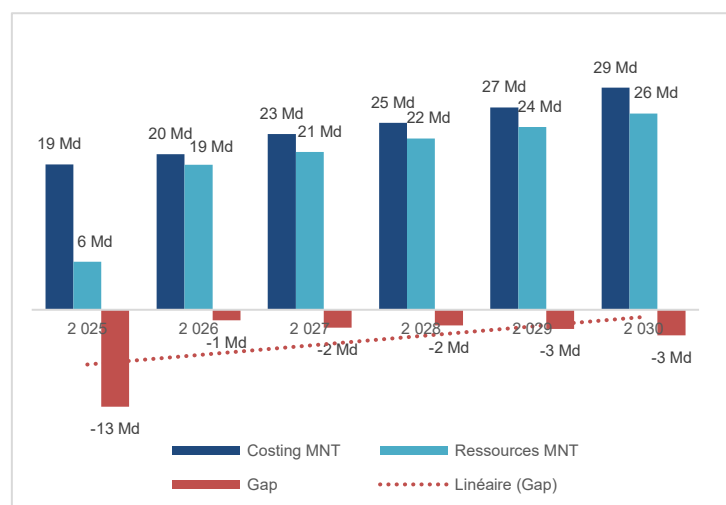


Figure 46 : Gap de financement MNT 2025-2030

16.5. Maladies tropicales négligées (MTN)

Les maladies tropicales négligées (MTN) constituent un défi sanitaire important au Burkina Faso. Selon l'OMS, 19 MTN sont surveillées dans le pays. Certaines bénéficient de programmes de chimiothérapie préventive, comme la schistosomiase et la filariose lymphatique, tandis que d'autres nécessitent une prise en charge des cas, telles que la lèpre, l'ulcère de Buruli, la leishmaniose cutanée ou encore la dengue.

Les MTN ont bénéficié d'un financement global de 7 milliards de FCFA sur la période 2023-2024 pour une exécution de 6 milliards de FCFA soit 83%.

A partir de 2025 (2,4 milliards de FCFA), les ressources de MTN connaissent une baisse drastique notamment du fait de l'arrivée à terme de plusieurs projets emblématique dans le domaine dont ARISE II et ACCELERATE. Toutefois le financement PTF reste prépondérant sur la période 2026-2030 soit 68% du financement total des MTN.

Les ressources suivent une tendance baissière appelant à des anticipations de sorte à préserver les acquis dans la lutte contre les MTN mais aussi à améliorer les indicateurs et objectifs escomptés du domaine pour les années à venir.

Le financement total des MTN de la période 2025-2030 est orienté vers le niveau opérationnel notamment vers les CM, CSPS/CSI/Infirmieries (71%).

Ces ressources servent à la prévention à hauteur de 67%, ensuite aux soins et traitement (32%), et à la surveillance (1%).

Les médicaments et consommables médicaux constituent le principal poste de coûts avec 3,4 milliards soit 71% du financement total de la période.

Les maladies tropicales négligées (MTN) figurent parmi les domaines les moins financés au regard des besoins identifiés dans le costing du PNDS pour la période 2025-2030. Le déficit de financement annuel est estimé en moyenne à 42 milliards de FCFA, soit plus de 90% du budget requis. Cette situation met en évidence la nécessité de renforcer substantiellement les efforts de l'État et des partenaires techniques et financiers afin de faire face à ce défi majeur de santé publique qui touche des milliers de Burkinabè à travers le pays. Par ailleurs, la mobilisation accrue des ressources devra s'accompagner d'une allocation plus efficiente et équitable, garantissant l'accès des interventions MTN à l'ensemble des populations.

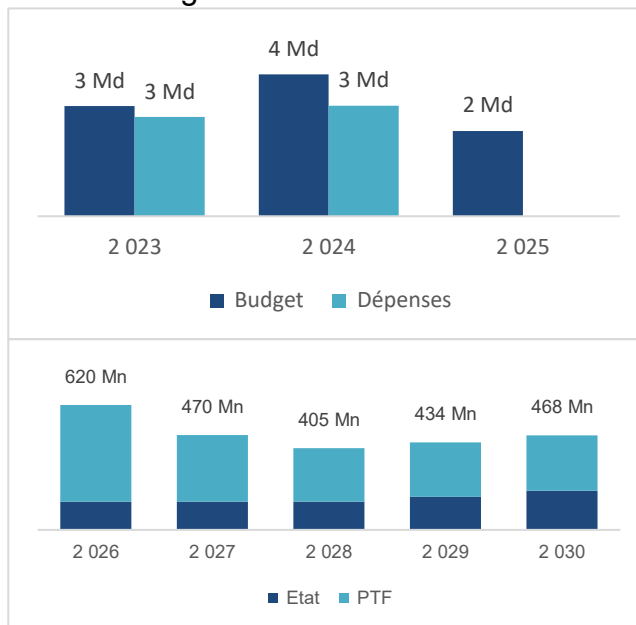


Figure 47 : Financement MTN 2023-2030

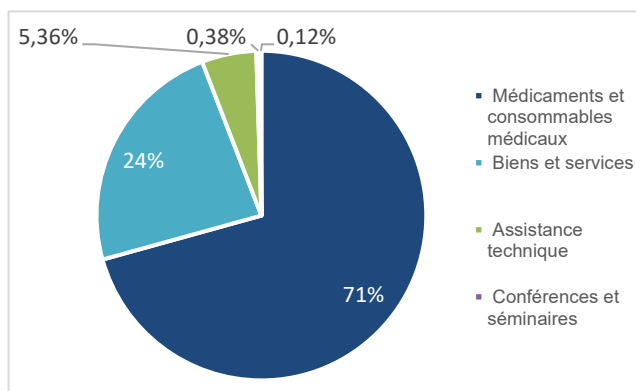


Figure 48 : Répartition du financement MTN 2025-2030 par catégorie de coûts

16.6. Epidémies

La lutte contre les différentes épidémies et la préparation du système de santé pour riposter à la survenue de toute éventuelle pandémie comme celle de la COVID-19, constituent de réelles préoccupations pour l'État et les différentes parties prenantes clés du système national de santé.

Le financement de ce domaine principalement s'élève en moyenne à 25 milliards de FCFA annuellement sur la période 2025-2030.

Les ressources étatiques dédiées au financement de ce domaine s'élèvent à 27 milliards de FCFA sur la période 2025-2030 soit 18% des ressources de la période.

Plus de 82% du financement de ce domaine émane donc des PTF. Près de deux tiers des ressources des PTF sont concentrées entre deux acteurs à savoir l'UNICEF "Capacités accrues pour la préparation et la réponse intégrée aux urgences sanitaires" pour 37% et la Banque mondiale avec le Pandemic Fund (28%).

L'analyse de la répartition des ressources par niveau d'exécution met en évidence une centralisation croissante des financements au détriment des niveaux déconcentrés. Ainsi, la part allouée aux districts sanitaires diminue de 62% en 2025 à 37% en 2030, celle des régions chute de 24% à 5%, tandis que le niveau central voit sa part augmenter de 14% à 59% sur la même période.

Cette évolution appelle un suivi rigoureux de la reconfiguration des ressources, afin de garantir que tous les niveaux du système de santé disposent, en temps opportun et en capacité suffisante, des moyens nécessaires pour répondre efficacement à toute survenue d'épidémie ou d'urgence sanitaire. Un déséquilibre excessif pourrait fragiliser la capacité de réponse rapide au niveau périphérique, où les premiers cas sont généralement détectés. Il est donc essentiel de préserver un financement adéquat des niveaux régional et district afin de renforcer la résilience du système de santé.

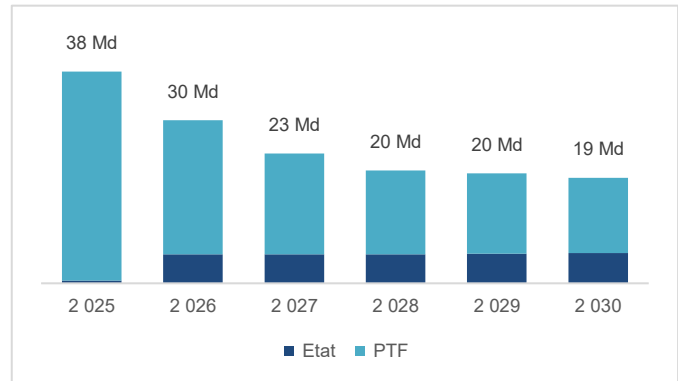


Figure 49 : Evolution du financement épidémies de 2025-2030

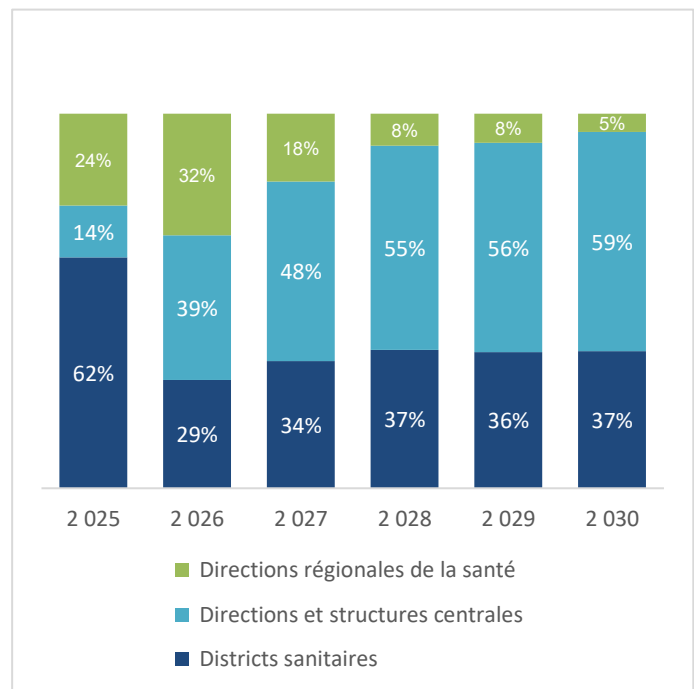


Figure 50 : Répartition du financement épidémies de 2025-2030 par niveau d'exécution

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

Le renforcement du système de santé (RSS) constitue un pilier fondamental pour bâtir un système de santé performant, résilient et aligné sur les standards internationaux, capable de répondre efficacement aux besoins sanitaires des populations. Il est structuré autour de sept domaines stratégiques et mobilise en moyenne plus de 401 milliards de FCFA par an.

Sur la période 2025-2030, le RSS mobilise 2408 milliards de FCFA représentant plus de 66% des ressources Etat et PTF de la période. Environ 42% de ces ressources RSS sont orientées vers les ressources humaines, 24% vers les infrastructures et équipements, 22% vers la gouvernance et coordination et 7% pour la protection financière des ménages.

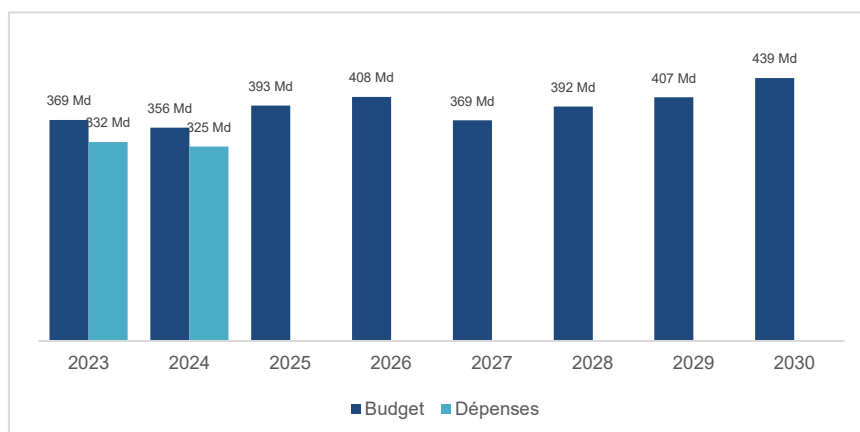


Figure 51 : Evolution du financement RSS 2023-2030

Pour tous ces domaines de RSS cités, l'Etat est la principale source de financement avec plus de 91% des ressources totales de la période. Le tableau ci-dessous présente les volumes et sources de financement du RSS sur la période 2025-2030.

Tableau 5. : Financement RSS 2025-2030

RSS 2025-2030	État	PTF	Total général	
Ressources humaines	994 Md	9 Md	1003 Md	42%
Infrastructures et équipements	449 Md	134 Md	582 Md	24%
Gouvernance et coordination	491 Md	27 Md	519 Md	22%
Protection financière des ménages	164 Md	0 Md	164 Md	7%
Produits de santé et PSL	35 Md	24 Md	60 Md	2%
Financement de la santé	35 Md	9 Md	43 Md	2%
Systèmes d'information sur la santé	17 Md	20 Md	37 Md	2%
Total	2184 Md	223 Md	2 408 Md	100%

Les grands projets sanitaires structurants au Burkina Faso, notamment le CHU de Bassinko et le Projet Neurochi dans la région du Centre (Kadiogo), le CHU de Pala dans les Hauts-Bassins (Guiriko), ainsi que le CHR-U de Gaoua dans le Sud-Ouest (Djôrô), concentrent une part importante des ressources dédiées au renforcement du système de santé (RSS) sur la période 2025-2030. Ces investissements visent à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, tout en répondant aux besoins croissants en ressources humaines qualifiées et en infrastructures modernes à travers les différentes régions du pays. Par ailleurs, des projets majeurs comme l'Initiative Présidentielle pour la Santé (IPS), le PR PRSS, le PRSS-ASN II viennent renforcer la résilience du système national de santé. Ces projets contribuent à rapprocher les services de santé des populations et à garantir une réponse plus équitable et efficace aux besoins sanitaires dans l'ensemble des localités du pays. En conclusion, le RSS devra demeurer centré sur l'individu et le patient, afin de maximiser son impact sur l'amélioration durable de l'état de santé des populations.

F. Suivi du niveau d'institutionnalisation

L'institutionnalisation de la cartographie des ressources se définit par la capacité du ministère de la Santé à conduire de manière autonome l'ensemble du processus allant de la préparation à la dissémination en passant par la collecte à l'analyse des données sans appui externe, et à intégrer systématiquement les résultats dans la prise de décisions fondées sur des évidences. Elle repose sur la disponibilité et la soutenabilité des ressources humaines, financières et matérielles, un ancrage organisationnel solide, ainsi que des modalités de mise en œuvre efficaces et pérennes. Dans cette perspective, une évaluation annuelle du niveau d'institutionnalisation est réalisée afin d'apprécier les progrès accomplis et d'identifier les leviers d'amélioration.

En 2024, le niveau global d'institutionnalisation de l'exercice de cartographie des ressources au Burkina Faso s'établit à 0,75 sur 1, contre 0,61 en 2023, soit une progression de 14 points en un an. Ce résultat indique que l'exercice est institutionnalisé à 75%, traduisant des avancées substantielles et continues sur l'ensemble des six piliers évalués.

L'analyse par pilier met toutefois en évidence des niveaux de performance différenciés. Le pilier 5, relatif à la dissémination et à l'utilisation des données, affiche le score le plus élevé (0,88), reflétant une appropriation accrue des résultats de la cartographie par les décideurs, les partenaires techniques et financiers ainsi que le milieu de la recherche. Cette dynamique confirme le positionnement de la cartographie comme un outil central d'aide à la décision. À l'inverse, le pilier 2 portant sur la disponibilité et la soutenabilité des ressources financières et matérielles demeure relativement en retrait, avec un score de 0,64 en 2024, bien qu'en nette amélioration par rapport à 0,46 en 2023. Cette progression est principalement liée aux efforts d'inscription progressive du financement de la cartographie dans les budgets de l'État et à l'optimisation des coûts de mise en œuvre. Le coût global de l'exercice est ainsi passé de 45,3 millions FCFA en 2023 à 16,2 millions FCFA en 2024 (dont 4 millions FCFA pour la cartographie décentralisée), soit une réduction de 64%, renforçant la soutenabilité financière à moyen terme.

Par ailleurs, le pilier 3 relatif aux capacités humaines et techniques a connu une amélioration marquée, passant de 0,39 en 2023 à 0,64 en 2024. Cette évolution traduit les efforts consentis dans le renforcement des compétences de l'équipe nationale, notamment à travers des formations continues visant à consolider leur autonomie dans l'analyse des données et l'élaboration des rapports.

La figure ci-dessous présente une synthèse des résultats de l'évaluation de l'exercice 2024 :

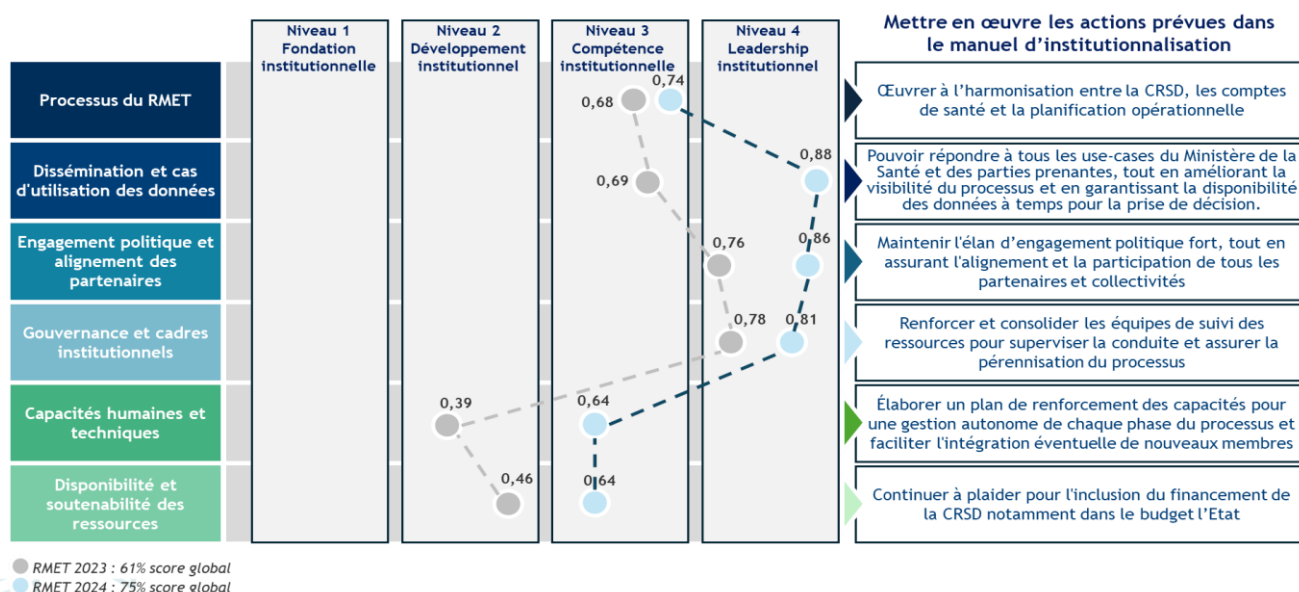


Figure 52 : Score d'institutionnalisation 2024 de l'exercice de cartographie des ressources

En définitive, le niveau d'institutionnalisation atteint en 2024 confirme une trajectoire positive et structurante. Les efforts entrepris en 2025 se sont prioritairement focalisés sur la consolidation durable des ressources humaines, financières et de l'expertise technique, afin de sécuriser les acquis et d'atteindre une institutionnalisation complète et pérenne de l'exercice de cartographie en ligne droite avec la feuille de route inscrite dans le manuel d'harmonisation et d'institutionnalisation du suivi des ressources en santé (voir encadré ci-dessous listant les principales actions).

Encadré – Synthèse des actions de la feuille de route institutionnalisation

Les principales actions à mettre en œuvre sont structurées autour des six (6) piliers de l'institutionnalisation et ciblent prioritairement les piliers pour lesquels l'évaluation a révélé un niveau d'institutionnalisation peu satisfaisant.

- **P6 : Disponibilité et soutenabilité des ressources**
 - P6.1 Engager un plaidoyer pour inclure le financement dans le budget de l'État
 - P6.2 Mobiliser des partenaires financiers domestiques et externes et explorer des mécanismes innovants de financement de l'exercice de SRS
- **P5 : Capacités humaines et techniques**
 - P5.1 Élaborer un plan de renforcement des capacités
 - P5.2 Mettre en place un plan de continuité pour faire face au turnover des équipes
- **P2 : Dissémination et cas d'utilisation des données**
 - P2.1 Améliorer la communication et l'accessibilité des résultats
 - P2.2 Assurer une prise en compte des recommandations dans les décisions stratégiques et opérationnelles
- **P4 : Gouvernance et cadres institutionnels**
 - P4.1 Renforcer la gouvernance du SRS
 - P4.2 Clarifier les rôles et responsabilités des institutions impliquées
- **P1 : Processus de réalisation**
 - P1.1 Développer et mettre en place un plan opérationnel pour le SRS
 - P1.2 Assurer la maintenance de la plateforme digitale du SRS
 - P1.3 Participer aux initiatives futures en matière de DPI (exemple CNIS et architecture numérique)
- **P3 : Engagement politique et alignement des partenaires**
 - P3.1 Maintenir et renforcer l'engagement politique et l'alignement des partenaires

A l'issue de la dissémination du présent rapport et à l'entame de l'édition 2026 de la cartographie dynamique des ressources, une évaluation sera réalisée en vue du suivi annuel du score d'institutionnalisation de la cartographie des ressources et éventuellement le comparer au score d'alignement du secteur de la santé notamment la composante « Un Budget ». Les résultats de ladite évaluation informeront les actions pratiques à mettre en œuvre pour consolider les acquis d'institutionnalisation engrangés et améliorer les autres pans d'institutionnalisation sur lesquels des progrès sont nécessaires.

G. Synthèse des recommandations phares

À l'issue de l'exercice de cartographie 2025, plusieurs recommandations se dégagent. Elles visent à la fois à proposer des améliorations du processus dans sa globalité et à cibler des étapes spécifiques. Par ailleurs, des recommandations relatives aux résultats de la cartographie sont formulées et centralisent l'ensemble des recommandations mentionnées dans le document.

18. Recommandations liées au processus de la cartographie

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

Recommandation	Responsable	Délai
1. Révision de l'outil de collecte de données : adapter et enrichir les critères de collecte pour répondre à de nouveaux besoins spécifiques (notamment sur la santé communautaire, la SRMNEA-N, la chaîne d'approvisionnement, etc.) tout en simplifiant l'outil afin de faciliter son utilisation par toutes les parties prenantes.	ST/RFS, Equipe cartographie, Directions techniques	Février 2026
2. Mise à jour de la base de données des acteurs : étendre la collecte de données aux bailleurs additionnels, partenaires de mise en œuvre, organisations de la société civile (OSC), et acteurs du secteur privé, afin d'obtenir des informations plus détaillées et représentatives.	ST/RFS, Equipe cartographie, DCP, DGCOOP	Février 2026
3. Réduction des délais de l'exercice : mettre en place des mécanismes optimisés et susciter plus d'engagement des acteurs notamment des PTF, pour raccourcir le temps nécessaire à la réalisation de la cartographie.	ST/RFS, Equipe cartographie, DGB, Chef de file PTF	Février-Juin 2026
4. Renforcement de la stabilité de la plateforme digitale : améliorer l'infrastructure technologique de la plateforme à travers des solutions robustes et évolutives, garantissant ainsi une disponibilité continue, une navigation fluide et une meilleure résilience face aux pannes techniques.	ST/RFS, Equipe cartographie, DSI	Janvier – Mars 2026
5. Mise en œuvre du volet harmonisation du document d'orientation élaboré : Implémenter les actions définies dans le manuel d'harmonisation et d'institutionnalisation du suivi des ressources en santé (SRS) notamment le volet harmonisation entre la cartographie des ressources et les autres mécanismes de suivi financier.	ST/RFS, Equipe cartographie, DPPSE, DSSE, DSI	Janvier – Mars 2026
6. Mise en œuvre des actions d'institutionnalisation notamment le renforcement des capacités des acteurs : former les parties prenantes sur la gestion de la plateforme de cartographie, les techniques de traitement et d'analyse des données, tout en s'inspirant des meilleures pratiques adoptées par d'autres pays.	ST/RFS, Equipe cartographie, DGB, Chef de file des PTF	Février-Juin 2026

19. Recommandations liées aux résultats de la cartographie

Les résultats de l'exercice de cartographie dynamique des ressources 2025 mettent en évidence des avancées notables, mais aussi des défis persistants liés à l'équité, à l'efficience et à la soutenabilité du financement, appelant à des actions concrètes pour y faire face.

- 1. Renforcer l'équité dans l'allocation géographique des ressources :** Il est recommandé d'intégrer systématiquement les résultats de la cartographie dans les arbitrages budgétaires annuels et triennaux afin de corriger les disparités régionales observées (figures 23 ; 24 ; 37 ; 40 ; 44). Une attention particulière devra être accordée aux régions affichant des niveaux de ressources par habitant inférieurs aux standards nationaux et internationaux. À cet effet, des critères explicites d'équité territoriale (population, charge de morbidité, vulnérabilité, contexte sécuritaire) devraient être formalisés et utilisés lors de la programmation des ressources de l'État et du dialogue avec les PTF.
- 2. Réduire les gaps de financement des domaines prioritaires du PNDS :** Face à l'ampleur des gaps de financement identifiés, notamment pour les Soins de Santé Primaires, la santé communautaire, la SRMNEA-N et certaines pathologies prioritaires, il est recommandé de renforcer le plaidoyer pour une mobilisation accrue des ressources notamment domestiques, innovantes et pérennes. Les résultats de la cartographie devront être utilisés comme outil central de dialogue sectoriel afin d'orienter les nouveaux financements vers les domaines les plus déficitaires et d'éviter toute situation de concentration excessive des ressources sur un nombre limité d'interventions.
- 3. Améliorer l'efficience et les taux d'exécution des financements :** Au regard des faibles taux d'exécution observés chez certains partenaires techniques et financiers, il est recommandé de mettre en place un mécanisme de suivi semestriel conjoint des engagements et des décaissements, basé sur les données de la cartographie. Ce mécanisme permettra d'anticiper les retards, d'identifier les blocages administratifs et d'engager des actions correctives rapides, en lien avec les structures de tutelle et les partenaires concernés.
- 4. Réduire le poids des dépenses directes des ménages :** La part élevée des paiements directs des ménages appelle à accélérer la mise en œuvre des réformes de protection financière, notamment le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) et les mécanismes de gratuité ciblée. Il est recommandé d'utiliser les résultats de la cartographie pour mieux cibler les investissements publics et les appuis des PTF vers les interventions ayant un fort impact sur la réduction des dépenses catastrophiques de santé.
- 5. Rééquilibrer les investissements entre renforcement du système et interventions programmatiques :** Bien que le renforcement du système de santé bénéficie d'une part importante des ressources, il est recommandé d'assurer une meilleure articulation entre les investissements structurels (ressources humaines, infrastructures, équipements) et les besoins programmatiques liés aux pathologies prioritaires. Les plans de financement devront démontrer explicitement comment les investissements dans le RSS contribuent à améliorer l'accès, la qualité et les résultats sanitaires au niveau opérationnel.
- 6. Institutionnaliser l'utilisation des résultats de la cartographie dans la planification :** Il est recommandé de formaliser l'utilisation des résultats de la cartographie dynamique des ressources dans l'élaboration des Plans de Travail Annuels (PTA), des Plans d'Action (PA) et du dialogue budgétaire avec le Ministère de l'Économie et des Finances. La cartographie sera ainsi un des outils de référence pour les décisions de planification et d'allocation des ressources dans le secteur de la santé.
- 7. Renforcer la transparence et la redevabilité sectorielle :** Enfin, il est recommandé de diffuser de manière plus large et régulière les principaux résultats de la cartographie auprès des décideurs, des PTF et des acteurs déconcentrés, sous des formats synthétiques et opérationnels. Cela contribuera à renforcer la transparence, la redevabilité et la coordination des interventions, tout en favorisant une appropriation accrue de l'outil.

IV. Discussion : Réalisme de la planification

La planification fondée sur les ressources financières constitue un levier essentiel pour assurer l'efficacité, l'équité et la durabilité des interventions sanitaires. En intégrant la disponibilité des financements et la cartographie des ressources, elle permet d'aligner les priorités stratégiques avec les capacités réelles du système de santé, tout en renforçant la transparence et la coordination entre acteurs.

20. Importance et effets de la planification basée sur les ressources financières

La planification constitue un levier stratégique essentiel pour la mise en œuvre efficace des politiques publiques de santé. Elle assure la cohérence des interventions, optimise l'utilisation des ressources et favorise l'atteinte des objectifs fixés dans les référentiels nationaux à tous les niveaux du système de santé.

Une planification pertinente repose sur une compréhension claire des priorités du secteur, ainsi que sur la disponibilité et la mobilisation des ressources financières. L'intégration de ces dimensions budgétaires garantit la faisabilité des actions et contribue à la durabilité des résultats. Dans un contexte de réforme et de modernisation des systèmes de santé, les approches de planification doivent rester alignées sur les priorités nationales et internationales, tout en s'adaptant aux dynamiques institutionnelles et aux réalités locales. La budgétisation constitue ainsi un pilier central pour assurer la cohérence entre les objectifs stratégiques et les ressources mobilisables.

Les premiers résultats de la cartographie dynamique des ressources illustrent de manière concrète les bénéfices d'un alignement institutionnel entre planification et budgétisation, soutenu par l'utilisation d'outils de suivi.

La collaboration étroite entre le ministère des Finances et le ministère de la Santé permet d'intégrer les priorités locales et nationales dans le budget, d'accroître la cohérence des politiques publiques et de renforcer la coordination entre planification, financement et mise en œuvre. Cela démontre l'importance d'une planification fondée sur des données financières fiables et actualisées, condition indispensable à la durabilité des interventions.

La planification basée sur les ressources disponibles permet également de déterminer les coûts réels des activités et des services (personnel, infrastructures, fournitures, équipements), offrant une vision claire des besoins financiers nécessaires à l'atteinte des objectifs de santé. Elle facilite la comparaison entre les ressources disponibles (budget public, financements externes, contributions privées) et les besoins estimés, permettant d'identifier les déficits, de prioriser les interventions et d'assurer une allocation équitable des ressources, notamment pour les populations vulnérables.

L'intégration de la cartographie dynamique des ressources renforce cette approche en offrant une vue complète et actualisée des financements, de leur origine et de leur répartition sectorielle et géographique. Cet outil analytique permet d'identifier les zones sous-financées, d'ajuster les plans d'action en fonction des ressources réelles et d'améliorer la coordination entre acteurs, évitant les doublons et optimisant l'allocation des fonds.

Sur le plan opérationnel, cette approche renforce l'efficacité en veillant à ce que chaque dépense contribue directement à l'atteinte des objectifs sanitaires, réduisant le gaspillage et maximisant l'impact des investissements. Elle favorise également la continuité des services essentiels, en anticipant les coûts futurs et en répartissant les dépenses sur plusieurs exercices. Dans un environnement marqué par des fluctuations économiques et des financements externes incertains, la cartographie permet d'ajuster les stratégies de manière proactive et d'assurer la soutenabilité des interventions.

21. Processus intégré de planification stratégique et de budgétisation

La figure ci-dessous illustre le processus intégré de planification stratégique et de budgétisation basée sur les résultats, tel que recommandé par l’OMS. Il montre comment les plans stratégiques sont traduits en budgets biennaux, puis en plans opérationnels, avec un suivi continu des performances et des ajustements.

Ce modèle met en évidence plusieurs principes essentiels :

- **Alignement entre objectifs et ressources** : chaque objectif stratégique est directement lié aux ressources financières nécessaires, garantissant une planification réaliste et réalisable ;
- **Budgétisation axée sur les résultats** : les budgets sont construits à partir des objectifs à atteindre, assurant une utilisation optimale des ressources limitées ;
- **Suivi-évaluation continu** : les plans et budgets sont ajustés en fonction des performances, garantissant une utilisation efficiente et équitable des fonds.

Dans cette approche, la cartographie des ressources joue un rôle central en offrant une vue d’ensemble actualisée des financements disponibles par source, région et domaine d’intervention. Elle permet ainsi d’assurer la cohérence entre les priorités stratégiques et les capacités financières réelles, en appui au modèle de planification promu par l’OMS.

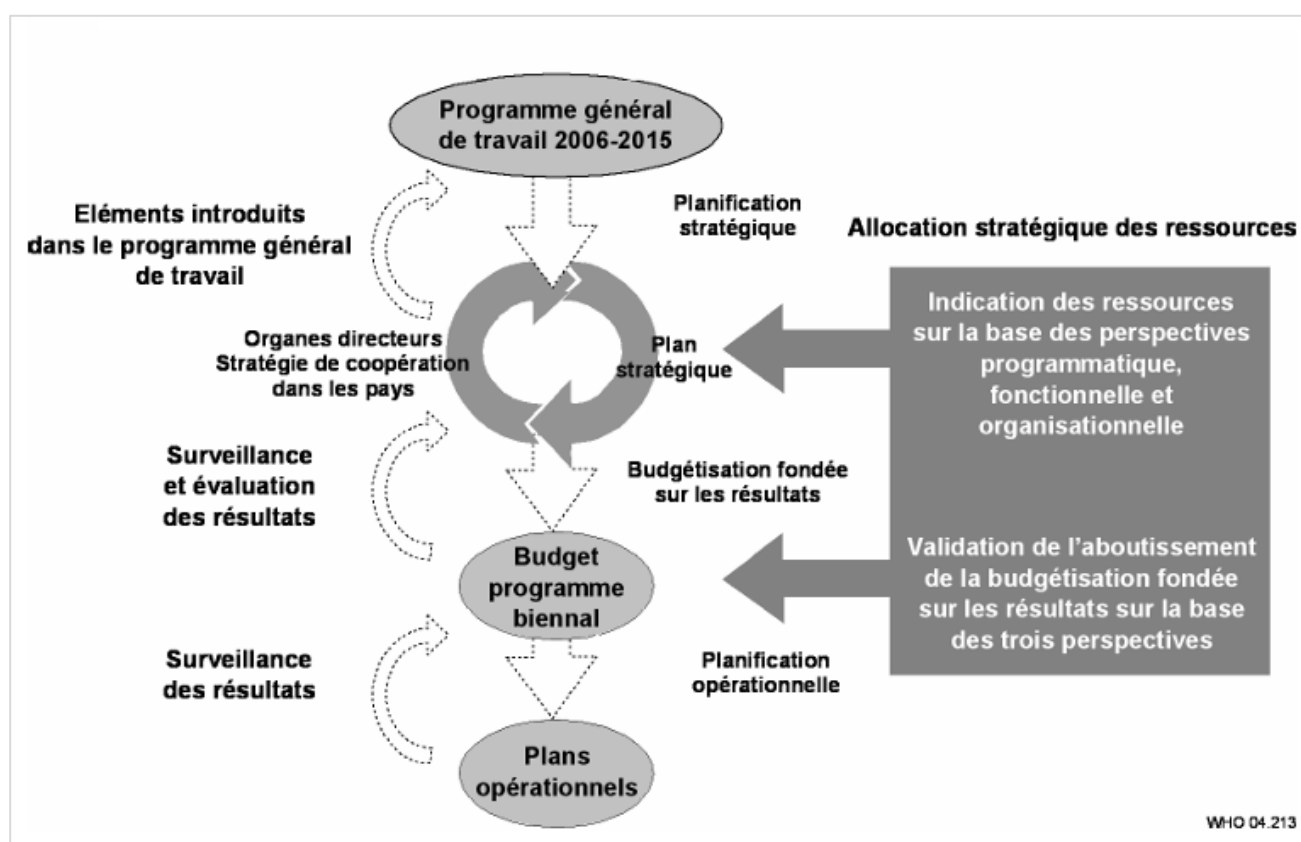


Figure 53: Processus recommandé pour l’intégration de la planification et la budgétisation

V. Conclusion

La présente cartographie des ressources et interventions du secteur de la santé met en évidence les principales dynamiques de financement, d'allocation et d'exécution sur la période allant de 2023 à 2030. Tout en soulignant les progrès réalisés et les contraintes persistantes du système de santé burkinabè, elle offre une lecture structurée des ressources mobilisées par domaine, par niveau d'intervention et par localité, au regard des besoins exprimés dans les cadres stratégiques nationaux, notamment le PNDS.

Les résultats montrent que, malgré des efforts soutenus, plusieurs domaines prioritaires demeurent insuffisamment financés, avec des écarts notables entre les besoins et les ressources disponibles. La contribution des partenaires techniques et financiers reste significative dans certains programmes, traduisant une complémentarité importante avec les efforts nationaux. Néanmoins, il apparaît nécessaire de consolider progressivement les capacités de mobilisation des ressources financières domestiques afin d'assurer la continuité et la soutenabilité des interventions.

L'analyse révèle également des déséquilibres dans la répartition des ressources, tant sur le plan géographique que par niveau d'exécution. Cette configuration appelle à un suivi attentif afin de garantir que tous les niveaux du système de santé disposent de ressources adéquates pour la mise en œuvre effective des interventions.

Par ailleurs, la cartographie met en lumière l'importance d'améliorer la cohérence entre l'allocation des ressources et les priorités sanitaires, en particulier dans les zones et domaines à forte vulnérabilité. Le renforcement de l'efficacité, de la coordination des acteurs et de l'utilisation des données pour la prise de décision apparaît ainsi comme un levier essentiel pour maximiser l'impact des financements mobilisés.

En définitive, cette cartographie constitue un outil d'aide à la planification et au pilotage stratégique et opérationnel, visant à appuyer les efforts d'optimisation des ressources, d'équité dans l'accès aux services de santé et de consolidation progressive de la résilience du système de santé au bénéfice des populations.

1. International Social Security Association (ISSA). (2018). *Allocation des ressources et financement durable des systèmes de santé* (Rapport technique TR-05-1). pp. 3–12, 20–24.
2. https://www.issa.int/sites/default/files/documents/publications/TR-05-1_fr-25379.pdf
3. The Lancet Commission. (2022). *Financement des soins de santé primaires : Allocation des ressources* (Technical Brief 2 – version française). pp. 2–8.
4. https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/commissions/financing-primary-health/Technical_brief_2_resource_allocation_FRENCH-1652195462290.pdf
5. Newborn Health Toolkit. (2023). *Mobiliser des ressources tout en assurant la protection financière*. Section : Mobilisation domestique et internationale.
6. <https://newborntoolkit.org/fr/toolkit/financing/mobiliser-des-ressources-tout-en-assurant-la-protection-financiere?tab=overview>
7. Médecins du Monde. (2022). *Guide pratique de planification des interventions de santé communautaire*. pp. 5–11, 22–26.
8. <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/PLANIFICATION.pdf>
9. UNICEF & WHO. (2020). *Planning, Costing and Budgeting for Health Programs: Principles and Practice*. Section : Resource allocation and sustainability.
10. <https://www.unicef.org/media/68511/file/Community-Health-Planning-and-Costing-Tool-Handbook-FR.pdf>
11. Organisation mondiale de la Santé. (2006). *Strategic resource allocation*. Organisation mondiale de la Santé. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb118/b118_7-en.pdf
12. Commission on Social Determinants of Health (2007). *Achieving health equity : from root causes to fair outcomes : Commission on Social Determinants of Health, interim statement*. World Health Organization. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/69670>
13. World Bank; World Health Organization. *Tracking Universal Health Coverage : 2025 Global Monitoring Report - Conference Edition (English)*. Washington, D.C. : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/099819212012531233>
14. International Finance Corporation (IFC). (2017). *The role of the private sector in expanding health access to the base of the pyramid* (IFC Working Paper No. 114499). <https://documents1.worldbank.org/curated/en/442501492766874363/pdf/114449-WP-IFC-HealthReport-PUBLIC.pdf>
15. Lunardini, M., & Bursi, M. (2025, April 2). *The role of the private sector in the global health agenda* (Documenti IAI, 2504). Istituto Affari Internazionali (IAI). <https://www.iai.it/en/pubblicazioni/c04/role-private-sector-global-health-agenda>
16. Lindelow, Magnus; O'Donnell, Owen Andrew; Van Doorslaer, Eddy K.A.; Wagstaff, Adam. *Analyzing health equity using household survey data : a guide to techniques and their implementation* (English). Washington, DC : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/633931468139502235>
17. Yitbarek, K., Abraham, G., Adamu, A., Tsega, G., Berhane, M., Hurlburt, S., ... & Woldie, M. (2019). Technical efficiency of neonatal health services in primary health care facilities of Southwest Ethiopia: a two-stage data envelopment analysis. *Health economics review*, 9(1), 27.

Annexe 1 : Équipe de rédaction du rapport de la cartographie

N°	Nom et prénoms	Fonction/Emploi	Structure
1	KOITA W. Wenceslas	Directeur général	DGESS
2	BATIENE D. Vincent	Directeur	ST/RFS
3	SANFO Alexandre	AHSS	DPPSE
4	SAWADOGO Issa	Conseiller des Affaires Economiques	ST/RFS
5	OUATTARA Koadio	Economiste de la santé	ST/RFS
6	ZOUBIRE B. Charles	Agent	DPPSE
7	KY Césaire	Attaché de Santé en SESSIO	DPPSE
8	NASSA T. Simon	Economiste	DSSE
9	OUOBA Olivier	Agent	DPPSE
10	SAWADOGO B. Julienne	Agent	DPPSE
11	ZOMBO Mahamadi	Conseiller des Affaires Economiques	DCPP
12	KI Aristide	Agent	DSC
13	SIEHO Aristide Fabrice	Agent	DCAPS
14	KABORE Nestor	Agent	DPPSE
15	KOUDA Assane	Agent	DSI
16	NIKIEMA François	Agent	DSI
17	BANTENGA F. Rania	Analyst, Health Financing	CHAI Burkina Faso
18	TANDAMBA Boukary	Senior Coordinator, Health Financing	CHAI Burkina Faso
19	MARTIN Alice	Program Manager, Health Financing	CHAI Burkina Faso
20	BA Inessa	Country Director	CHAI Burkina Faso

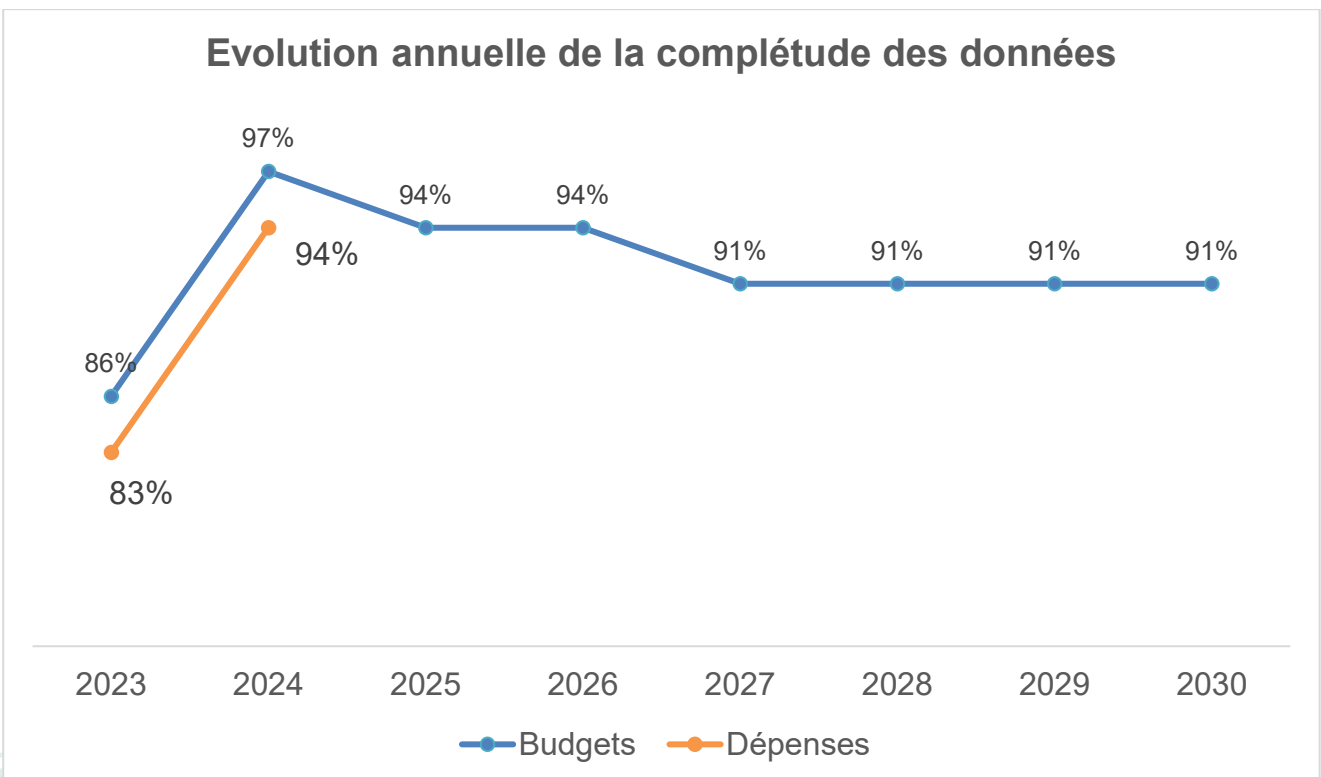
Annexe 2 : Sources des données de la cartographie

Acteurs	Sources de données	Structures responsables	Description des données
État	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Loi de finances ✓ Situation d'exécution du budget du MS 	DGB/MEFP	Les données sur les budgets de l'État extraites des lois de finances de 2026 à 2028 du SI N@folo, complétées par des projections sur la période 2029 & 2030
		DGF/MS	Les situations d'exécution du budget de l'État en 2023 et 2024 extraites du SI N@folo/Circuit Intégré de la Dépense (CID)
Projets/ Programmes de développement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documents de projet ✓ Plans de travail annuels 	Gestionnaires de projets et DCPP/MS	Les budgets et les dépenses sont fournies par les gestionnaires des projets et programmes et le cas échéant par la DCPP
PTF	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Document de programmation budgétaire 	Bailleur et partenaires d'exécution	Les budgets de santé des bailleurs et des partenaires d'exécution de 2025 à 2030. Et le cas échéant, les données sont complétées par des projections sur la période 2026 à 2030
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Document de d'exécution budgétaire 	Bailleur et partenaires d'exécution	Les dépenses de santé des bailleurs et des partenaires d'exécution de 2023 à 2024
Ménages	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comptes de santé 	DSSE/DGESS	Les données sur les dépenses de santé des ménages de 2017 à 2023
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comptes de santé ✓ Plan stratégique développement du RAMU 	DSSE/DGESS et RAMU	Les données des dépenses de santé des ménages de 2017 à 2023 projetées sur la période 2024 à 2030 en tenant compte des prévisions du RAMU
Secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comptes de santé 	DSSE/DGESS	Les données des dépenses de santé du secteur privé de 2017 à 2023, projetées sur la période 2024 à 2030

Annexe 3 : Liste de 35 PTF (bailleurs) ciblés & taux de complétude

Entités & périodes prioritaires		Budget								Dépenses	
Statut	Entités cibles	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2023	2024
✓	BAD										
✓	BADEA										
✓	Banque mondiale										
✓	Canada										
✓	Chine										
✓	CIFF										
✓	ELMA										
✓	Emirats Arabes Unis										
✓	Enabel										
✓	END Fund										
✓	Fondation l'Occitane										
✓	Fonds mondial										
✓	Gates Foundation										
✓	GAVI										
✓	GiveWell										
✓	Good Ventures										
✓	GSK										
✓	Helmsley Charitable Trust										
✓	Institutions de l'UE										
✓	IRC										
✓	Italie										
✓	Japon										
✓	L.A.D										
✓	LLF/BID										
✓	Malaria Consortium US										
✓	Medecins du monde										
✓	OMS										
✓	ONUSIDA										
✓	Open Philanthropy										
✓	PAM										
✓	Pays-Bas										
✗	PNUD										
✓	UNFPA										
✓	UNICEF										
✗	UNITAI										
33/35	94%	Taux de réponse globale des PTF ciblés									

■ Budgets déclarés
 ■ Budgets projetés
 ■ Dépenses déclarées





Annexe 4 : Liste de tous les PTF (bailleurs) répondants 2025²⁴

Liste de 48 PTF (bailleurs) répondants à l'issue de cette 4 ^e édition de CRSD			
1. Arabie Saoudite		2. Helmsley Charitable Trust	
3. Autriche		4. Institutions de l'UE	
5. BAD		6. IRC	
7. BADEA		8. Italie	
9. Banque mondiale		10. Japon	
11. BID		12. Koweït	
13. BOAD		14. L.A.D	L.A.D
15. Canada		16. LLF/BID	
17. Chine		18. Luxembourg	
19. CIFF		20. Malaria Consortium US	
21. Deutsche Bank S.A.E		22. Médecins du monde	
23. ELMA		24. OMS	
25. Emirats Arabes Unis		26. ONUSIDA	
27. Enabel		28. Open Philanthropy	
29. END Fund		30. PAM	
31. Fondation Endeavor		32. Pays-Bas	
33. Etats-Unis d'Amérique		34. PNUD	
35. Fondation l'Occitane		36. Société Générale & ING Belgique	
37. Fonds mondial		38. Suède	
39. Gates Foundation		40. UNFPA	
41. GAVI		42. UNICEF	
43. GiveWell		44. UNITAID	
45. Good Ventures		46. UNOPS	
47. GSK		48. Wellcome Trust	

²⁴ Cette liste inclut les 35 PTF ciblés au début de l'exercice (annexe 3) et tous les autres répondants cités notamment par les partenaires de mise en œuvre.

Annexe 5 : Evolution des différents cycles de cartographie

	Cartographie covid-19	Cartographie complète 1	Cartographie complète 2	Cartographie complète 3	Cartographie complète 4
Année de réalisation	2020	2021/2022	2023	2024	2025
Périmètre	Financement du secteur de la santé pour la riposte à la pandémie de Covid-19 (Etat, PTF)	Financement du secteur de la santé (Etat, PTF, secteur privé et ménages)	Financement du secteur de la santé (Etat, PTF, secteur privé et ménages)	Financement du secteur de la santé (gouvernement, PTF, secteur privé et ménages)	Financement du secteur de la santé (gouvernement, PTF, secteur privé et ménages)
Ancrage	DGESS	DGESS	DGESS	DGESS	ST/RFS
Cas d'utilisation majeur	Coordination de la riposte à la Covid-19	Elaboration du PNDS 2021-2030	Institutionnalisation du suivi des ressources et de l'alignement des partenaires	Réponse aux fluctuations du financement international	Meilleure planification et allocation efficiente et suivi régulier des ressources selon les disponibilités financières
Période incluse	Année en cours : 2020 Deux prochaines années : 2021-2022	Année en cours : 2021 Deux prochaines années : 2022-2023 Données sur les dépenses de l'année écoulée : 2020	Année en cours : 2023 Deux prochaines années : 2024-2025 Données sur les dépenses pour 2021-2022	Année en cours : 2024 Deux prochaines années : 2025-2026 Données sur les dépenses pour 2022-2023	Année en cours : 2025 Cinq prochaines années : 2026-2030 Données sur les dépenses pour 2023-2024
Informations sur le budget ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Suivi des dépenses ?	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Taux de complétude	-	62%	88%	93%	94%
Outil de collecte	Excel	Excel	Plateforme digitale de la cartographie des ressources	Plateforme digitale de la cartographie des ressources	Plateforme digitale de la cartographie des ressources
Outil de visualisation	Excel	Power Bi	Plateforme digitale de la cartographie des ressources	Plateforme digitale de la cartographie des ressources	Plateforme digitale de la cartographie des ressources
Niveau de granularité	Interventions programmées Catégories de coûts Niveau de soins Niveau régional	Granularité précédente + inclusion des programmes budgétaires du Ministère, les orientations stratégiques et tous les domaines prioritaires du PNDS, et gaps de financement	Granularité précédente + cibles/bénéficiaires et niveau de mise en œuvre (régional et district)	Granularité précédente + précision du type d'organisation (agences des nations-unies, partenaires bilatéraux, multilatéraux, ONG/Fondations, etc.)	Granularité précédente + spécification de la nature de financement (dons/subventions, prêts) + analyse du réalisme de la planification & allocation des ressources

Annexe 6 : Nouveau découpage administratif du Burkina Faso

Régions du Burkina Faso	
Ancien	Nouveau
1. Boucle du Mouhoun	1. Bankui
	2. Sourou
2. Cascades	3. Tannounyan
3. Centre	4. Kadiogo
4. Centre-Est	5. Nakambé
5. Centre-Nord	6. Kuilsé
6. Centre-Ouest	7. Nando
7. Centre-Sud	8. Nazinon
8. Est	9. Goulmou
	10. Sirba
	11. Tapoa
9. Hauts-Bassins	12. Guiriko
10. Nord	13. Yaadga
11. Plateau-Central	14. Oubri
12. Sahel	15. Liptako
	16. Soum
13. Sud-Ouest	17. Djôrô

Annexe 7 : Ressources SSP 2025-2030 annuelles par habitant par district sanitaire

Léna 85 746	Sapone 75 765			Pouytenga 48 571		Sebba 46 995		Zabré 46 405
Pama 46 286	Ziniaré 42 463	Bogande 40 126	Tenado 38 467	Baskuy 38 431	Boromo 36 680	Gayeri 36 043		
Dafra 44 067	N'Dorola 34 849	Ouahigouya 29 497	Thiou 28 054	Kombissiri 27 870	Nouna 27 714	Kampti 27 533	Titao 26 815	
		Boulsa 26 543	Kaya 25 525	Boussé 25 415	Dano 25 148	Solenzo 25 029	Mangodara 24 843	
Karangasso Vigue 43 532	Manni 33 771	Sindou 26 485	Gaoua 24 819	Sapouy 24 178	Tenkodogo 24 124	Do 24 027	Dori 23 893	
Sabou 43 451		Nongr- Massom 32 987	Ouargaye 26 464	Zorgho 24 618	Koudougou 23 879	Séguénéga 21 835	Tougan 21 254	Fada 21 001
	Dande 30 899		Batié 26 273	Garango 24 503	Toma 22 801	Manga 20 792	Boussouma 19 255	Koupéla 18 122
Tougouri 42 653		Po 30 229	Diébougou 25 963	Dedougou 24 484	Réo 22 611	Bogodogo 17 798	Nanoro 17 527	Djibo 17 242
	Sig- Noghin 17 724					Léo 15 967	Banfora 15 539	Kongo ussi 14 516
Bittou 42 621	Barsalogo 29 907	Gorom- Gorom 25 767	Gourcy 24 201	Orodara 22 144	Hounde 17 589	Boulmiou ou 15 572	Diapaga 13 745	