

**PLAN NATIONAL DE  
DEVELOPPEMENT SANITAIRE  
2001 - 2010**

Introduction.....	5
I. Contexte général .....	8
1.1. Données géographiques.....	8
1.2. Données démographiques.....	8
1.3. Données socio-culturelles.....	8
1.4. Situation économique .....	9
1.5. Organisation politique et administrative.....	9
II. Situation sanitaire .....	10
2.1. Etat de santé de la population .....	10
2.2. Déterminants de la santé.....	11
2.3. Organisation et fonctionnement du système de santé.....	13
2.4. Réformes en faveur de la Santé .....	14
2.5. Ressources en santé .....	16
2.6. Activités de santé .....	20
2.7. Financement de la santé/Coopération.....	22
III. Problèmes prioritaires.....	25
1. La morbidité et la mortalité générales sont élevées.....	25
2. La prévalence du VIH/SIDA est forte.....	25
3. L'accessibilité géographique et financière des populations aux services de .....	25
santé est limitée.....	25
4. La qualité des services de santé est faible .....	26
5. La gestion des ressources humaines en santé n'est pas performante .....	26
6. Le cadre institutionnel est faible .....	26
7. La coordination et la collaboration intersectorielle sont insuffisantes .....	26
IV. Rappel de la politique sanitaire nationale.....	27
V. Orientations stratégiques .....	28
VI. Mise en œuvre .....	58
6.1. Facteurs favorables .....	58
6.2. Contraintes .....	60
6.3. Conditions de succès.....	61
6.4. Administration de la mise en œuvre du PNDS .....	61
6.5. Financement du PNDS.....	63
VII. Evaluation .....	63
➤ Les évaluations en cours d'exécution.....	63
➤ L'évaluation finale.....	64

## Liste des abréviations

CADSS	:	Cellule d'Appui à la Décentralisation du Système de Santé
CAMEG	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux
CASEM	:	Conseil d'Administration du Secteur Ministériel
CHN	:	Centre Hospitalier National
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CM	:	Centre Médical
CMA	:	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNAOB	:	Centre National d'Appareillage Orthopédique du Burkina
CND	:	Commission Nationale de Décentralisation
CNN	:	Centre National de Nutrition
CNSS	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	:	Comité de Gestion
CSD	:	Conseil de Santé de District
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CPN	:	Consultation Pré Natale
CREN	:	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CTA	:	Centre de Traitement Ambulatoire
CTRS	:	Comité Technique Régional de Santé
DIEM	:	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DMH	:	Direction de la Médecine Hospitalière
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DSPH	:	Direction des Services Pharmaceutiques
ECD	:	Equipe Cadre de District
ENSP	:	Ecole Nationale de Santé Publique
FSS	:	Faculté des Sciences de la Santé
GDT	:	Guide de Diagnostic et de Traitement
IEC	:	Information - Education - Communication

IGESS	:	Inspection Générale des Etablissements et Services de Santé
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MCD	:	Médecin Chef de District
MEG	:	Médicaments Essentiels Génériques
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OUA	:	Organisation de l'Unité Africaine
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PSN	:	Politique Sanitaire Nationale
SBC	:	Services à Base Communautaire
SIDA	:	Syndrome d'Immuno-Déficienc Acquis
SMI	:	Santé Maternelle et Infantile
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
VIH	:	Virus de l'Immuno-déficienc Humaine

## Introduction

Le Ministère de la Santé a pris la décision, à l'occasion de la 11<sup>ème</sup> conférence des partenaires du développement sanitaire en 1997, de réviser la politique sanitaire nationale et d'élaborer un plan national de développement sanitaire couvrant une période de dix ans.

Le processus d'élaboration des documents a comporté quatre étapes essentielles qui sont : i) l'analyse de la situation sanitaire, ii) la reformulation de la politique sanitaire nationale, iii) l'élaboration du plan national de développement sanitaire et iv) l'élaboration du premier plan triennal de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire.

**Le présent document de Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) découle des orientations du document de Politique Sanitaire Nationale du Burkina Faso (PSN), adopté en septembre 2000. Il couvre une période de dix ans (2001 à 2010).**

Le document de plan national de développement sanitaire comporte trois grandes parties :

- un rappel du contexte général et de la situation sanitaire nationale du Burkina Faso ;
- les problèmes prioritaires et le résumé de la Politique Sanitaire Nationale ;
- les orientations stratégiques du PNDS et ses axes d'intervention ;
- les modalités de sa mise en œuvre.

Un document annexe comporte le cadrage macro économique et financier du PNDS.

L'objectif général du PNDS est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations.

Pour atteindre cet objectif, il a été fixé huit (08) objectifs intermédiaires. Ces objectifs ne sont pas classés par ordre de priorité, mais ils concourent tous à l'amélioration de la performance du système national de santé. Ce sont :

- Accroître la couverture sanitaire nationale.
- Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé.
- Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles.
- Réduire la transmission du VIH.
- Développer les ressources humaines en santé.
- Améliorer l'efficacité des services de santé.
- Accroître les financements du secteur de la santé.
- Renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

Chaque objectif intermédiaire comporte des objectifs spécifiques.

### *1. Accroître la couverture sanitaire nationale*

- 1.1. développer les infrastructures sanitaires et les équipements ;
- 1.2. opérationnaliser les districts sanitaires ;

- 1.3. développer les services à base communautaire ;
  - 1.4. renforcer la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre de soins ;
2. *Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé*
    - 2.1. développer une stratégie nationale d'assurance qualité des services ;
    - 2.2. améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité ;
    - 2.3. renforcer les activités de soutien et de promotion de la santé ;
  3. *Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles*
    - 3.1. promouvoir la santé des groupes spécifiques ;
    - 3.2. réduire l'incidence et la prévalence des maladies d'intérêt en santé publique ;
  4. *Réduire la transmission du VIH*
    - 4.1. renforcer les mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH ;
    - 4.2. améliorer la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
  5. *Développer les ressources humaines en santé*
    - 5.1. définir les orientations nationales pour le développement des ressources humaines en santé ;
    - 5.2. satisfaire les besoins du système de santé en ressources humaines ;
  6. *Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé*
    - 6.1. améliorer l'efficacité des services de santé
    - 6.2. promouvoir des mécanismes de partage des risques en matière de santé;
  7. *Accroître les financements du secteur de la santé*
    - 7.1. mobiliser des ressources financières additionnelles en faveur du secteur de la santé ;
    - 7.2. améliorer le recouvrement des coûts ;
  8. *Renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé*
    - 8.1. améliorer le cadre organisationnel du Ministère de la Santé ;
    - 8.2. renforcer le cadre juridique du Ministère de la Santé ;
    - 8.3. accroître les capacités d'administration, de gestion et d'appui technique du Ministère de la Santé ;

- 8.4 . améliorer la coordination des interventions dans le secteur de la santé ;
- 8.5. renforcer la collaboration intersectorielle.

Le plan national de développement sanitaire sera mis en œuvre à partir de plans triennaux glissants dont le premier couvrira la période 2001 à 2003.

## **I. Contexte général**

### **1.1. Données géographiques**

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé situé en Afrique de l'ouest. Il couvre une superficie de 274 200 km<sup>2</sup> et est limité par six pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat tropical de type soudanien, alterne une saison sèche d'octobre à avril et une saison pluvieuse de mai à septembre.

La végétation est de type soudano-sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eaux dont les principaux sont le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

### **1.2. Données démographiques**

La population du Burkina Faso est de 10 312 609 habitants<sup>1</sup> ; elle croît à un rythme de 2,4 % l'an<sup>1</sup> ; en l'an 2010, elle atteindra environ 14 718 647 habitants.

Le taux brut de natalité est estimé à 46,1 pour mille<sup>1</sup> ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille<sup>1</sup> et l'espérance de vie à la naissance de 53,8 ans<sup>1</sup>.

La population vit à près de 90% en milieu rural. Les femmes représentent près de 52 % de la population. Cette population est essentiellement jeune, la tranche d'âge de 0 à 14 ans représente 47,92 %.

La densité de la population est de 38 habitants au km<sup>2</sup><sup>1</sup> ; sa répartition sur le territoire national est hétérogène, variant de 11 à 122 habitants au km<sup>2</sup>.

### **1.3. Données socio-culturelles**

Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base est de 40,90% pour l'année 1997-1998<sup>2</sup> ; il est de 33,4% chez les filles et 47,1% chez les garçons. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible, 26% en 1997<sup>2</sup>, avec de fortes disparités d'une part entre hommes et femmes, et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales.

La population du Burkina est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les mossi représentent 48,5% de la population. Les principales langues parlées sont le mooré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français.

Les religions sont dominées par l'islam (52%), le christianisme (24,3%) et l'animisme (23,3%)<sup>3</sup>.

---

1. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996 (RGPH,96)

2. Plan de développement de l'Enseignement de Base 2000-2009

3. Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1996



#### **1.4. Situation économique**

Le Burkina Faso est un pays en développement dont 45,3 % de la population vit en dessous du seuil absolu national de pauvreté estimé en 1998 à 72 690 FCFA par adulte et par an<sup>1</sup>. L'Indice de Développement Humain Durable estimé à 0,304 en 1997<sup>2</sup>, se situait en dessous de la moyenne des autres pays d'Afrique au sud du Sahara.

L'économie du Burkina est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. En effet, les produits primaires constituent les premiers produits d'exportation avec près de 90 % de biens d'origine agricole.

Le PIB à prix constant est passé de 752 milliards de FCFA en 1990 à 1068 milliards en 1999, soit un taux de croissance annuel moyen de 4 %. Pour l'année 1998, le taux de croissance global se situait à 5,7 %. Pour les années 2000-2004, les objectifs en terme de croissance du PIB à prix constant sont très ambitieux et se situent entre 7 et 8 %.

Malgré la dévaluation du franc FCFA en janvier 1994, l'inflation a été ramenée de 29 % en fin 1994 à 4 % en fin 1995. Avec la mondialisation de l'économie et la formation de grands ensembles, le Burkina Faso, membre de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine, s'est associé au processus d'intégration défini au sein de cette institution qui prévoit, selon ses critères de convergence, de ramener l'inflation à moins de 3% pour les années à venir.

Face aux difficultés financières et structurelles, le pays a conclu des accords d'ajustement depuis mars 1991 avec les institutions de Bretton Woods. Il a bénéficié d'une « dimension sociale de l'ajustement ».

Compte tenu du poids de sa dette estimée en 1996 à 237 % de ses recettes d'exportation de biens et services non facteurs, le Burkina Faso a été repris dans le groupe des pays éligibles à l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE).

En outre, en 1996, le Burkina Faso s'est porté candidat pour l'initiative 20/20 adoptée comme mesure concrète de lutte contre la pauvreté.

#### **1.5. Organisation politique et administrative**

Le territoire national est divisé en provinces, départements, communes et villages.

Les circonscriptions administratives sont la province, le département et le village.

La province et la commune sont des collectivités locales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le processus de décentralisation du territoire est toujours en cours.

Sur le plan politique, le pays a renoué avec la démocratie et le multipartisme et un régime constitutionnel a vu le jour en juin 1991. Ce régime constitutionnel comprend trois pouvoirs : l'exécutif, le législatif et le judiciaire.

---

1. Enquête prioritaire, INSD, 1998

2. Rapport sur le Développement Humain Durable au Burkina Faso, 1997-1998

## II. Situation sanitaire

### 2.1. Etat de santé de la population

#### 2.1.1. Morbidité

La morbidité générale de la population du Burkina Faso est élevée : 15,8% en 1995<sup>1</sup> ; elle est principalement due aux endémo-épidémies locales et aux affections chroniques non transmissibles. Parmi les maladies transmissibles, certaines font l'objet d'immunisation. La morbidité est surtout élevée chez les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées sans distinction de sexe.

Les principales causes de consultation dans les services de santé de base sont le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, la rougeole et les infections sexuellement transmissibles. Les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques touchent particulièrement les enfants de moins de 5 ans.

Le taux de séroprévalence du VIH en fin 1998 se situe entre 7 et 10 % dans la population générale et est de 7,15 % chez les femmes enceintes<sup>2</sup>. Les 3/4 des personnes atteintes sont des adultes jeunes de 15 à 40 ans. Le nombre de cas de SIDA notifiés ne cesse d'augmenter malgré une sous notification des cas. Cette pandémie aura une influence à terme sur l'espérance de vie si des actions énergiques ne sont pas mises en œuvre.

On observe des flambées épidémiques d'ampleur variable dues aux maladies telles la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la fièvre jaune et le choléra.

Les autres endémies majeures sont :

- la tuberculose, maladie réémergente due essentiellement à son association avec le SIDA ;
- la lèpre dont l'évolution connaît une tendance à la hausse ces dernières années et la dracunculose ou "ver de guinée" dont l'incidence annuelle a baissé de 13 000 cas rapportés en 1992 à 2227 cas en 1998<sup>3</sup> ;
- la poliomyélite, maladie à éradiquer, et le tétanos néonatal, malgré les progrès enregistrés, restent encore des problèmes importants de santé ;
- la trypanosomiase humaine africaine et l'onchocercose bien que ne constituant plus des problèmes de santé publique, sont sous surveillance.

Les maladies non transmissibles, notamment les maladies chroniques, sont en augmentation. Désormais ces affections chroniques viennent s'ajouter aux maladies infectieuses auxquelles le pays doit parallèlement faire face.

Il y a également un accroissement du nombre d'accidents de la circulation, des traumatismes et violences divers.

---

1. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996

2. SP/CNLS/IST

3. DEP/SANTE

### **2.1.2. Mortalité**

La situation sanitaire du pays est caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifiques également élevés. Le taux de mortalité générale estimé à 15,2 pour mille<sup>1</sup>, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile, infanto-juvenile et maternelle.

Le taux de mortalité infantile est passé de 94 pour mille<sup>2</sup> en 1993 à 105,3 pour mille<sup>3</sup> en 1998.

Le taux de mortalité infanto-juvenile est passé, sur la même période, de 187 pour mille à 219,1 pour mille. Cette mortalité est due, entre autres, aux maladies transmissibles que sont le paludisme, les maladies cibles du PEV, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës.

La mortalité des jeunes de 15 à 40 ans est due essentiellement au SIDA.

Quant à la mortalité maternelle, elle est passée de 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1993<sup>2</sup> à 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998<sup>3</sup>. Les causes directes sont les infections, les hémorragies, les dystocies et les avortements provoqués. Outre ces causes, il y a d'autres facteurs comme le faible statut nutritionnel des mères, les grossesses nombreuses et rapprochées et leurs complications, la faible couverture prénatale, l'absence de directives de prise en charge des cas à risque et la faible utilisation des services de santé, en particulier des services de santé de reproduction.

### **2.1.3. Handicaps et incapacités**

Le nombre des handicaps et des incapacités croît constamment et ils représentent une part importante des états morbides du pays. On dénombre 168 698 personnes handicapées dont 52 % de sexe masculin en 1996<sup>1</sup>. Les causes sont, entre autres, les accidents, les traumatismes et violences divers et les séquelles de certaines maladies comme la poliomyélite.

## **2.2. Déterminants de la santé**

L'évolution de la santé des populations du pays est influencée par plusieurs facteurs dont les plus importants sont :

Les facteurs politiques et institutionnels : le facteur positif est surtout l'engagement politique des autorités nationales et de leurs partenaires en faveur du secteur de la santé. Par contre les insuffisances dans la coordination, la collaboration intersectorielle et dans la gestion rigoureuse entravent l'exécution des programmes de développement en général et des programmes de santé en particulier.

Les facteurs biologiques : ils sont à l'origine de nombreuses maladies infectieuses, parasitaires, génétiques et/ou héréditaires dont la prévention est rendue difficile par le bas niveau d'instruction des populations et les faibles moyens de diagnostic.

---

1. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996  
2. Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF), 1993  
3. Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso, 1998

Les facteurs socioculturels : le faible niveau général d'instruction de la population et les pesanteurs socioculturelles diminuent l'impact des activités de l'IEC pour l'acquisition d'attitudes favorables à la santé. Ainsi, certains comportements comme la pratique du lévirat, du mariage précoce, de l'excision sont défavorables à la santé et constituent des risques pour l'expansion de certaines maladies.

Les facteurs socio-économiques : le faible pouvoir d'achat des populations en général et des femmes en particulier limite leur accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'eau potable et à l'assainissement ; l'insécurité alimentaire dans les ménages favorise la malnutrition et fragilise ainsi la santé des femmes et des enfants.

La protection sociale est faible et le système moderne ne concerne que les travailleurs du secteur formel de l'économie, tandis que la protection sociale traditionnelle constituée par les réseaux d'assistance familiaux et communautaires a tendance à s'effriter .

Cette situation de pauvreté favorise aussi la consommation d'aliments, de médicaments et autres produits non contrôlés ou prohibés, nocifs à la santé.

Les facteurs environnementaux : l'approvisionnement en eau potable est insuffisant et l'utilisation d'eau polluée reste très importante, surtout en zone rurale , ce qui explique la fréquence élevée des maladies diarrhéiques et des parasitoses.

En matière d'hygiène et d'assainissement, le réseau d'évacuation des eaux pluviales est faible, ce qui provoque des inondations, l'insalubrité et la prolifération de vecteurs de maladies. L'utilisation des latrines reste très limitée en raison d'une part, de l'absence d'installations et d'autre part, de pratiques socioculturelles inadaptées. En matière de traitement des déchets solides et liquides, il n'existe aucun système efficace.

La pollution est devenue plus importante du fait de l'utilisation intensive des pesticides et de l'émission des gaz dans les grands centres urbains.

En ce qui concerne les conditions de vie, l'habitat en général est en banco et très vétuste. La cohabitation entre les animaux domestiques et les hommes crée des situations de promiscuité et d'insalubrité, favorisant le développement de certaines pathologies (leishmanioses, toxoplasmose...).

Quant aux conditions de travail, peu de travailleurs bénéficient de mesures d'hygiène et de sécurité.

Les facteurs démographiques : l'accroissement démographique concernera davantage les groupes vulnérables que sont les enfants et les femmes jeunes. L'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitera la mise en place de services adaptés à leurs besoins de santé.

Les mouvements de populations constituent des facteurs de propagation du SIDA et des autres maladies épidémiques (choléra, fièvre jaune, méningite...) ; ils favorisent également la circulation illicite des médicaments, des aliments et des produits prohibés.

L'urbanisation se développe de façon non contrôlée rendant difficile la gestion des problèmes de santé des populations.

## **2.3. Organisation et fonctionnement du système de santé**

### **2.3.1. Organisation administrative**

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

Le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du ministre et du Secrétariat général.

Le niveau intermédiaire qui comprend les Directions Régionales de la Santé (DRS) ; elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les régions sanitaires.

Le niveau périphérique qui est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

Cette organisation connaît des insuffisances. En effet, les relations hiérarchiques et opérationnelles entre ces différents niveaux ne sont pas toujours bien définies, ce qui entraîne des insuffisances dans la coordination et le respect des attributions. La non concordance entre le découpage administratif et le découpage sanitaire crée des difficultés réelles d'organisation et de fonctionnement des structures.

### **2.3.2. Organisation et fonctionnement des structures de soins**

#### **a) Secteur sanitaire public**

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

*Le premier niveau est constitué par le district sanitaire* qui comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), structure de base du système de santé ;
- le deuxième échelon de soins du district est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district.

Certains districts sanitaires sont centrés sur des CHR.

Le deuxième niveau est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA.

Le troisième niveau est constitué par le Centre Hospitalier National (CHN) qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche.

Malgré les efforts sur le plan institutionnel et juridique pour rendre plus performant le secteur hospitalier, la qualité des soins offerts est encore faible (soins d'urgence, soins de référence). Cette mauvaise qualité peut s'expliquer par les insuffisances dans le domaine managérial au sein des hôpitaux, l'absence de normes en personnel, en équipement et en soins, l'inexistence d'un statut du personnel hospitalo-universitaire, la faiblesse des plateaux techniques. Les hôpitaux ne jouent

pas leur rôle de référence. Le cas particulier des deux CHN en est un exemple qui se traduit par le nombre élevé des évacuations sanitaires à l'extérieur du pays . Les structures publiques de soins sont notamment confrontées à l'insuffisance d'organisation du système de référence et de contre référence.

#### **b) Secteur sanitaire privé**

A l'exception des dépôts de médicaments qui peuvent être gérés par des non professionnels du médicament, l'exploitation des structures sanitaires privées, surtout à but lucratif, se fait individuellement et est un monopole des professionnels de la santé au regard des textes en vigueur. A côté des exploitations individuelles, les associations et les Organisations Non Gouvernementales (ONG) ouvrent de plus en plus des établissements sanitaires privés.

Les problèmes liés à ce secteur sont notamment, l'insuffisance, l'inadaptation et la non application des textes juridiques y relatifs ; son évolution parallèlement au secteur public par manque de collaboration et de politique formelle de sa promotion ne lui permet pas d'être complémentaire du secteur public. Par ailleurs les structures du département chargées de l'appui et du contrôle ne sont pas pleinement fonctionnelles.

#### **c) Secteur sanitaire traditionnel**

La médecine et la pharmacopée traditionnelles ont été reconnues par la loi n° 23/94/ADP du 19/5/94 portant Code de la Santé Publique. Toutefois, il n'a pas été adopté une politique formelle en la matière, ce qui explique les insuffisances de l'organisation de l'exercice de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. Cette situation se traduit par une non maîtrise de la gestion des plantes médicinales locales, une production très artisanale des produits de la pharmacopée et des difficultés de validation des produits.

### **2.4. Réformes en faveur de la Santé**

Les réformes du système de santé débutées depuis 1978, ont connu une accélération à partir des années 1990. Elles concernent notamment les domaines institutionnels, ceux des soins de santé et de la pharmacie.

#### **2.4.1. La décentralisation du système de santé : le district sanitaire**

La création des districts sanitaires est l'une des mutations les plus importantes dans le secteur de la santé. Ainsi, la carte sanitaire organise le pays en 53 districts sanitaires administrés chacun par une Equipe Cadre de District (ECD) chargée de la gestion, des prestations des soins cliniques et de la recherche en santé.

Dans le processus de décentralisation du système de santé, il apparaît de nombreux défis à relever au niveau des districts au nombre desquels on peut citer le renforcement de la planification opérationnelle et du système d'information sanitaire, l'intégration des programmes verticaux, le développement des capacités de gestion, le renforcement des infrastructures, le développement approprié de la

couverture sanitaire dans les districts urbains, l'engagement communautaire, l'assurance qualité des soins, etc.

En dépit de l'adoption de l'Initiative de Bamako qui devait permettre de renforcer les soins de santé primaires à travers le système de santé de district, le processus d'opérationnalisation des districts accuse un grand retard, ce qui se traduit par une insuffisance de la couverture des populations en soins de qualité.

#### **2.4.2. Réforme hospitalière**

L'objectif de la réforme hospitalière est de rendre ce secteur plus performant. La réforme a également pour objet de permettre à chaque acteur hospitalier de mieux situer ses droits, ses obligations et ses responsabilités vis à vis de l'institution et des malades.

L'hôpital tout en contribuant de façon significative aux soins de santé primaires, doit être un lieu réservé aux malades les plus gravement atteints sur le plan clinique, ou qui sont dans une situation d'urgence. L'hôpital serait alors un plateau technique spécialisé.

Cependant, ces réformes n'ont pas permis d'améliorer la qualité des soins offerts dans les services hospitaliers.

#### **2.4.3 Réforme pharmaceutique**

Pour faire face aux difficultés d'approvisionnement du secteur public et à la faveur de la politique des médicaments essentiels adoptée par le gouvernement, une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux (CAMEG) a été mise en place pour appuyer l'Initiative de Bamako. La dévaluation du franc CFA en janvier 1994 a accéléré la création des dépôts de Médicaments Essentiels Génériques (MEG) dans les formations sanitaires.

La réforme pharmaceutique a intéressé, entre autres, les volets suivants : la législation et la réglementation pharmaceutiques, l'approvisionnement, la production locale, la distribution y compris les remèdes traditionnels issus de la pharmacopée traditionnelle, l'assurance qualité des médicaments, l'usage rationnel, l'information et la promotion des médicaments, l'accessibilité financière aux médicaments.

Malgré les nombreux acquis dans le secteur pharmaceutique, quelques insuffisances persistent : il n'existe pas un plan de développement des structures de production et de distribution des médicaments, les textes législatifs et réglementaires existants sont inadaptés et ne sont pas toujours appliqués, l'usage des médicaments est souvent inapproprié, favorisant la vente illicite des médicaments et l'automédication, le médicament reste inaccessible financièrement à la majorité de la population.

#### **2.4.4. Assurance qualité**

L'assurance qualité des services consiste en «la mise en œuvre d'un ensemble de dispositions par les structures sanitaires en vue d'assurer la santé des populations dans tous ses aspects en tenant compte des normes et standards scientifiques et sociaux définis en la matière».

En matière de prestations de soins, des normes et standards ont été élaborés pour certains domaines (santé de la reproduction notamment). Malgré la baisse progressive de l'utilisation des services par les populations en raison de leur faible qualité, il n'existe pas encore de programme national d'assurance qualité des prestations.

Dans le domaine du médicament, les différentes réformes entreprises dans le secteur n'ont pas permis l'amélioration de la qualité des médicaments. Ainsi, le pays ne dispose pas encore de laboratoire lui permettant de contrôler la qualité, l'efficacité et l'innocuité des médicaments, produits et principes actifs importés. Il n'existe pas un programme national d'assurance qualité des médicaments. L'insuffisance des stratégies de communication en matière de santé en général et dans le domaine pharmaceutique en particulier, et la non application des textes juridiques, favorisent l'automédication et le développement du marché illicite des médicaments.

## **2.5. Ressources en santé**

### **2.5.1. Infrastructures**

Le Burkina Faso comptait en décembre 1999 2 CHN, 9 CHR, 25 CMA, 44 CM, 759 CSPS ainsi que 130 dispensaires et 21 maternités isolés qui doivent être normalisés en CSPS.

D'une manière générale, la couverture en infrastructures sanitaires se caractérise par son insuffisance et une inégalité dans la répartition des formations sanitaires selon les régions par rapport aux normes définies. Le rayon moyen d'action des formations sanitaires de base (CSPS, dispensaires et maternités confondus) était de 9,69 km en 1997.

Le pays connaît ces dernières années une expansion rapide des structures sanitaires privées à but lucratif qui sont passées de moins d'une dizaine dans les années 70, à plus de 300 en 1999 tous types confondus<sup>1</sup>. En 1994, 82% de ces formations sanitaires privées étaient concentrées dans les deux grandes villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso<sup>1</sup>.

Le secteur pharmaceutique privé comptait en 1999, 105 officines privées (dont 69 à Ouagadougou et 19 à Bobo-Dioulasso) et 2 grossistes privés à Ouagadougou avec leurs succursales à Bobo-Dioulasso<sup>1</sup>.

---

1. Inspection Générale des Etablissements et Services de Santé



## **2.5.2. Ressources humaines**

### **a) Situation du personnel**

Les effectifs disponibles en personnel du secteur sanitaire public ne couvrent pas les besoins du pays. En plus, il y a une disparité notoire dans la répartition du personnel entre d'une part, les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso et d'autre part, le reste du pays. Ces deux villes regroupent à elles seules 53,7 % des médecins, 57,3% des sages-femmes, 59% des pharmaciens et 33% des infirmiers toutes catégories confondues, alors qu'elles n'abritent qu'environ 10% de la population du pays.

Soixante pour cent (60%) des CSPS répondent aux normes établies en personnel ; toutefois, les CMA et les formations sanitaires en zone urbaine, ont un excédent en personnel toutes catégories confondues sans satisfaire pour autant aux normes de manière qualitative.

### **b) Formation du personnel**

La formation de base du personnel paramédical se fait à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP). Les effectifs par promotion ont augmenté en général depuis 1993 grâce à la priorité accordée aux secteurs sociaux dans le cadre du PAS.

Au niveau de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), seules existent actuellement les sections de médecine, de pharmacie et de techniciens supérieurs de laboratoire.

Le rythme annuel de sortie est en moyenne de 30 médecins et de 15 pharmaciens à la FSS et d'environ 800 paramédicaux à l'ENSP, ce qui est insuffisant au regard des besoins du ministère de la santé même si les contraintes budgétaires ne permettent pas toujours d'absorber le personnel ainsi formé.

L'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature et l'ENSP forment des administrateurs des hôpitaux et des gestionnaires des services de santé. On se retrouve devant deux institutions publiques exécutant les mêmes formations, souvent avec les mêmes enseignants. Cette catégorie de personnel est formée en quantité insuffisante .

La formation continue destinée aux personnels en service se fait par le biais de cours de perfectionnement ou de séminaires de recyclage. Les spécialisations pour les médecins se déroulent en grande partie en dehors du Burkina.

Le manque de plan de formation et de suivi après formation fait que toutes ces formations sont souvent mal planifiées et ne correspondent pas toujours aux besoins prioritaires du département.

### **c) Administration des ressources humaines**

Le recrutement des agents se fait sur titre ou sur concours.

L'administration et la gestion des ressources humaines sont centralisées et non rationalisées.

Le système de rémunération se caractérise par sa rigidité. Les indemnités allouées ne font que rémunérer les conditions physiques d'exercice de l'activité. Un tel système qui n'offre aucune possibilité de rémunérer la performance ou la productivité, conduit le plus souvent à décourager les initiatives et entraîne à terme une profonde démotivation dont les effets pervers sont toujours difficiles à juguler.

Cependant, la promotion en grade est très liée à la formation en cours d'emploi, ce qui constitue un acquis positif indéniable à maintenir et à consolider.

La création d'une direction chargée des ressources humaines traduit l'importance accordée à leur gestion, mais celle-ci n'est pas encore opérationnelle et il n'existe pas de plan de développement des ressources humaines.

### **2.5.3. Ressources matérielles**

#### **a) Equipements**

Au niveau des formations sanitaires périphériques, les équipements prévus par le document des normes sont assez exhaustifs du point de vue de leur nature et de leur qualité ; ces normes sont suffisamment respectées, ce qui devrait leur permettre d'offrir le paquet minimum d'activités. Par contre, les CHR et les CHN sont sous-équipés.

Des problèmes de gestion se posent à tous les niveaux. En effet, les équipements médicaux et la logistique sont mal gérés, mal entretenus et parfois inadaptés. L'insuffisance de crédits et la diversité technologique des équipements liée aux dons et à l'exigence de certains partenaires rendent la maintenance difficile. En outre, la direction chargée de l'équipement et de la maintenance ne joue pas pleinement son rôle. La politique de maintenance n'est pas clairement définie. Les amortissements et remplacements du matériel ne sont pas planifiés. Il en résulte une faiblesse des plateaux techniques, notamment au niveau des formations sanitaires de référence, et par conséquent, des prestations de faible qualité.

#### **b) Médicaments et consommables médicaux**

Le Burkina Faso a un système d'approvisionnement fortement dépendant des importations provenant essentiellement des pays européens. La dévaluation du franc CFA intervenue en janvier 1994 a entraîné une nette augmentation du coût des médicaments contrebalancée en partie par la promotion des MEG. Les produits de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles ne sont pas suffisamment exploités et rationalisés pour permettre de réduire les achats de médicaments à l'extérieur.

L'industrie pharmaceutique nationale très embryonnaire, représente seulement 2% du marché pharmaceutique national.

Le réseau de distribution du médicament s'est amélioré de manière significative depuis 1993 aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Ce réseau est organisé en distribution de gros et en vente au détail.

La distribution de gros est assurée par trois sociétés grossistes dont deux privées et une parapublique.

La vente en détail des MEG est assurée par les dépôts répartiteurs des districts, les dépôts de vente des formations sanitaires, les dépôts villageois. En 1999, 92% des formations sanitaires disposaient d'un dépôt de vente des MEG.

#### **2.5.4. Ressources financières**

Le budget de la santé sur ressources propres est passé de 14 242,5 millions de FCFA en 1996, à 23 234 millions en 1999, soit un taux de croissance moyen de 17,8%.

Le budget total de la santé (y compris les investissements extérieurs), est passé de 30 619,5 millions FCFA en 1996 à 38 290,7 millions en 1999, soit un taux de croissance moyen de 7,83%.

La part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat de 1996 à 1999 était respectivement de 10,7% ; 9,9% ; 8,9% et 10,5%. L'Etat s'est engagé dans le cadre des réformes appuyées par les partenaires, à augmenter la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat, de 10 % par an jusqu'à atteindre 12%.

En 1999, le budget de la santé se répartissait comme suit : 19 026,8 millions FCFA pour le fonctionnement et 19 263,9 millions FCFA pour l'investissement (national et extérieur), soit respectivement 49,70% et 50,30% du budget total. La part de l'investissement extérieur dans l'investissement total du secteur pour la même année était de 78,16 % (les dépenses « investissements extérieurs » ne tiennent pas compte de l'ensemble des interventions extérieures, il y a donc une sous estimation).

En valeur absolue la part des salaires dans le budget de la santé est passée de 5 322,7 millions FCFA en 1996 à 6 700,3 millions FCFA en 1999, soit une croissance moyenne de 8,30%.

La part des salaires dans le budget de fonctionnement de la santé de 1996 à 1999 était respectivement de 40,40 % ; 40,48 % ; 39,22 % ; et 35,21% ; on note une légère diminution ces dernières années au profit des transferts courants.

En dehors du budget de l'Etat, les collectivités locales, les ONG, les associations, les communautés locales et les partenaires au développement interviennent dans le financement de la santé.

Malgré les efforts de l'Etat et de ses partenaires, la mobilisation des ressources financières pour un développement global, équitable et durable de la santé demeure insuffisante, tandis que paradoxalement, l'on note un faible taux d'absorption des ressources disponibles.

## **2.6. Activités de santé**

### **2.6.1. Offre et demande de soins**

#### **a) Offre de soins**

Elle concerne les soins de base, les soins de référence et les soins d'urgence.

L'offre de soins de base est essentiellement assurée par le CSPS et le CMA. En général, chaque CSPS offre le paquet minimum d'activités (PMA) standard dès que les normes minimales en personnel et en équipement sont atteintes.

Le PMA comprend des activités promotionnelles, préventives et curatives. Cependant les CSPS du milieu urbain offrent, en fonction des ressources disponibles, des prestations supplémentaires souvent spécialisées.

Le pays possède une expérience en matière de services à base communautaire permettant de rapprocher certains soins de base des populations.

Au niveau du CMA, le paquet d'activités est complémentaire de celui du CSPS permettant d'offrir des soins de référence et d'urgence.

Le secteur sanitaire privé contribue à accroître l'offre de soins. Pour le moment, le secteur privé à but non lucratif développe des soins préventifs à côté des soins curatifs. Quant au secteur privé à but lucratif, la préférence est donnée aux soins curatifs.

Les soins de référence sont organisés au niveau des CMA, des CHR et des CHN. Le circuit de référence du malade dans le système est de type pyramidal, allant de la base vers le sommet. Au bout de la chaîne, certains malades peuvent être référés à l'extérieur du Burkina lorsque les soins nécessaires à leur prise en charge ne sont pas offerts par le système national. L'amélioration des plateaux techniques, notamment ceux des hôpitaux nationaux, est en cours afin de réduire ce type d'évacuations trop onéreux.

Les soins d'urgence sont surtout organisés dans des unités spécialisées au niveau des hôpitaux nationaux. Dans les autres structures, ces soins sont dispensés par les services habituels ou les services de garde.

L'offre de soins de santé est caractérisée dans son ensemble par une insuffisance quantitative et qualitative des soins, le coût élevé des différentes catégories de prestations, la faible implication des populations bénéficiaires et l'insuffisance de collaboration avec le secteur sanitaire privé.

Pour les services à base communautaire, l'absence d'un mécanisme de motivation à l'endroit des agents communautaires constitue la principale difficulté à leur promotion.

#### **b) Demande de soins**

Elle est influencée par la disponibilité et la qualité des soins. Les insuffisances en la matière entraînent une perte de confiance des populations vis à vis des structures modernes de soins, ce qui contribue à la baisse constante de l'utilisation des services notamment pour les soins curatifs. La médecine et la pharmacopée

traditionnelles qui sont peu organisées, connaissent une utilisation importante, surtout en milieu rural.

### **2.6.2. Activités de soutien**

Certaines activités de soutien permettent d'améliorer l'offre de soins. Il s'agit de l'IEC, de la collecte et du traitement des données sanitaires, de la gestion de la documentation, du développement de l'informatique dans le domaine de la santé et de la recherche en santé.

Ces activités sont caractérisées par i) une faiblesse voire une absence de coordination et de sanction des messages d'IEC développés par les différents intervenants, ii) la faiblesse du système national d'information sanitaire notamment l'inadaptation et la multiplicité des supports de collecte de données, les faibles complétude et fiabilité des données statistiques, l'insuffisance de l'analyse et de l'utilisation des données collectées à tous les niveaux avec une parution régulièrement tardive de l'annuaire statistique, iii) l'inexistence d'une stratégie de développement de la documentation et des archives au sein du ministère de la santé, iv) l'insuffisance de la coordination de la recherche en santé, de la diffusion et de l'utilisation des résultats.

Les causes de cet état de fait sont entre autres l'absence d'orientation claire, l'insuffisance voire l'inexistence de personnel qualifié pour développer la plupart des activités de soutien.

### **2.6.3. Programmes spécifiques**

#### **a) Lutte contre la maladie**

Il existe des programmes de lutte contre certaines maladies transmissibles qui prévoient l'éradication de la poliomyélite et du ver de guinée, l'élimination du tétanos néonatal et de la lèpre, la lutte contre d'autres maladies transmissibles reconnues d'importance en santé publique que sont le SIDA, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la tuberculose, etc.

Les programmes existants de lutte contre la maladie y compris le PEV sont peu efficaces. Ils se caractérisent notamment par une insuffisance d'intégration de certaines activités au PMA des formations sanitaires, l'incoordination, le manque de suivi et d'évaluation des interventions, la gestion centralisée des activités.

Ces insuffisances s'expliquent en général par le déficit en management et en ressources au niveau du ministère de la santé ; il en résulte une faible amélioration des indicateurs de santé.

La santé mentale et la santé bucco-dentaire font l'objet de programmes plus ou moins finalisés mais qui ne sont pas mis en œuvre. De nouveaux programmes portant sur l'élimination de la schistosomiase et de la filariose lymphatique sont en cours d'élaboration.

Il n'existe pas de stratégies appropriées de prise en charge de certaines maladies non transmissibles d'importance en santé publique (cancer, maladies cardio-

vasculaires, drépanocytose, diabète etc.). Cela est dû en partie à l'insuffisance en ressources et à la méconnaissance réelle de l'ampleur de ces pathologies.

Les mesures d'hygiène et d'assainissement sont insuffisantes malgré l'existence de politiques et stratégies en la matière, entraînant la persistance de nombreuses maladies.

## **b) Promotion et protection des groupes spécifiques**

Certains groupes de la population se trouvent plus vulnérables en raison de risques liés à leur âge, leur sexe ou leurs activités et bénéficient pour cela d'actions spécifiques ; c'est le cas des femmes, des enfants, des jeunes et adolescents, des personnes âgées, des travailleurs et des personnes handicapées.

Une forte mobilisation nationale et internationale à l'endroit de ces groupes a permis la conception et la mise en œuvre de programmes, notamment en faveur des mères et des enfants.

Par ailleurs, des activités ont été développées à l'endroit des travailleurs des secteurs structurés ; pour les jeunes et adolescents, un programme est élaboré mais n'est pas encore mis en œuvre.

La prise en charge de la santé des groupes spécifiques demeure malgré tout insuffisante. Cela se traduit notamment par des activités préventives peu développées, des besoins de santé spécifiques non pris en compte et l'implication insuffisante des bénéficiaires et particulièrement des hommes.

Des pratiques traditionnelles telles l'excision, le lévirat, les violences domestiques sont encore très répandues. Cette situation due entre autres aux pesanteurs socioculturelles, à l'analphabétisme de la population et à la faiblesse des programmes d'IEC, constitue une entrave à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants.

### **2.6.4. Mobilisation sociale et participation communautaire**

Différentes initiatives développées au niveau national ont permis de capitaliser des acquis dans le domaine de la mobilisation sociale et de la participation communautaire, mais des insuffisances demeurent. Elles se traduisent principalement par l'absence d'une stratégie nationale de mobilisation sociale et de plan de communication, l'insuffisance de collaboration intersectorielle pour mieux accompagner les efforts des communautés à s'organiser ou à pérenniser les actions de mobilisation sociale et la méconnaissance de l'approche participative par la majorité des intervenants.

## **2.7. Financement de la santé/Coopération**

### **2.7.1. Sources et principaux modes de financement**

Les principales sources de financement de la santé sont constituées par l'Etat, les collectivités locales, les partenaires (multilatéraux, bilatéraux, ONG/associations), les employeurs et les communautés.

L'Etat alloue des crédits aux directions régionales de la santé et aux districts sanitaires pour les dépenses de biens et services au travers du système de

délégation de crédits depuis respectivement 1998 et 1999. Au niveau du district, il n'existe pas de clé de répartition des crédits ainsi alloués entre les deux échelons du district et l'équipe cadre; les procédures de déblocage sont compliquées. L'objectif défini dans les documents de politique économique 1998-2000 et 2000-2002, est que les districts sanitaires reçoivent à terme au moins 50% des dotations en biens et services.

Les collectivités locales assurent la prise en charge des salaires des agents locaux travaillant dans les formations sanitaires. Elles participent également au financement des constructions et réhabilitations d'infrastructures sanitaires, des équipements de départ et leur renouvellement ainsi qu'au fonctionnement des établissements hospitaliers. De façon générale, le montant des financements par les collectivités n'est pas connu du fait de l'absence d'un mécanisme de suivi au plan national et local. Cependant, leur rôle dans le financement de la santé sera renforcé dans le contexte de la décentralisation administrative.

Les communautés participent aussi au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans le cadre de l'Initiative de Bamako (tarification des actes et vente de MEG).

Le paiement direct des actes (consultations, examens de laboratoire, de radiologie, hospitalisations...) et des médicaments représente le mode de paiement prédominant.

### **2.7.2. Autres modes de financement existants**

Il existe des modes de financement « modernes » qui s'appliquent aux travailleurs du secteur formel de l'économie. Ils sont organisés par des organismes publics comme la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ou des compagnies privées d'assurance. La CNSS prévient les risques professionnels et prend en charge les accidents du travail.

Compte tenu de la faiblesse de la prise en charge des populations par les systèmes « modernes » de protection sociale qui ne concernent que les travailleurs des secteurs structurés, des modes de financement solidaires comme les caisses d'entraide et les mutuelles de santé, ont fait leur apparition. Malgré un développement considérable de ces différents mécanismes de financement, ils ne couvrent encore qu'une faible proportion de la population.

Le financement de la santé est confronté à de nombreuses difficultés parmi lesquelles l'on peut citer l'insuffisance de la mobilisation des ressources financières et de la gestion des fonds alloués, les insuffisances des textes juridiques régissant la participation communautaire ainsi que de leur application, l'inaccessibilité financière des services de santé aux populations, l'inexistence de mécanisme de prise en charge des indigents bien que des textes officiels leur accordent la gratuité des soins.

### **2.7.3. Organes de gestion**

Les organes de gestion existent à tous les niveaux du système de santé.

Au niveau des formations sanitaires périphériques, des Comités de Gestion (COGES) ont été créés afin d'impliquer les populations dans la gestion des formations sanitaires périphériques dans le cadre de l'initiative de Bamako. Ils ont la responsabilité de l'administration de la formation sanitaire.

Au niveau du district, il existe l'ECD qui assure la gestion technique du district en collaboration avec le COGES et le Conseil de Santé de District (CSD), organe consultatif de création récente dont certaines attributions lui confèrent un rôle de gestion.

Au niveau de chaque hôpital national et régional, il existe un Conseil d'Administration (CA) qui a la responsabilité de l'administration de l'établissement.

Le principal problème des COGES est que l'Etat qui a un rôle de régulation ne prévoit pas de directives qui puissent constituer un repère pour la représentativité des différents groupes sociaux en leur sein, la fixation des tarifs des actes médicaux et l'utilisation des fonds récoltés.

### **2.7.4. Coopération**

Dans le cadre de la coopération sanitaire, le Burkina bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires dans le domaine de la santé.

Ainsi, l'on distingue les partenaires des coopérations multilatérale et bilatérale, les ONG internationales, les ONG et associations nationales et le secteur sanitaire privé. Le mécanisme de concertation est assuré à travers la conférence annuelle des partenaires au niveau central et au niveau décentralisé, à travers les Comités Techniques Régionaux de Santé (CTRS) et les CSD. Parallèlement, les partenaires des coopérations multilatérale et bilatérale organisent des rencontres périodiques entre eux.

La principale difficulté inhérente à la coopération avec les partenaires est l'insuffisance de la coordination des interventions. Chaque partenaire a son domaine d'intervention et parfois sa zone de prédilection et le territoire se trouve balkanisé. Certains partenaires sont réticents à suivre les orientations nationales. Ainsi, le ministère de la santé n'a pas une vue d'ensemble des différentes interventions à cause des multiples portes d'entrée ; les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante. Il en résulte une difficulté d'agencement des activités, de capitalisation des acquis, de connaissance des ressources extérieures du ministère de la santé, toutes choses qui diminuent l'impact des interventions.

Au terme de l'analyse de la situation sanitaire nationale, les problèmes sanitaires prioritaires identifiés sont énoncés ci-dessous.



### **III. Problèmes prioritaires**

#### **1. La morbidité et la mortalité générales sont élevées**

La morbidité des populations est élevée surtout chez les enfants de moins de 5 ans et chez les personnes âgées. Les causes sont essentiellement la persistance des endémo-épidémies locales et des affections chroniques.

La mortalité générale également élevée est essentiellement due aux taux élevés des mortalités infantile, infanto-juvenile et maternelle. Les causes directes des décès maternels sont les infections, les hémorragies et les dystocies.

Il faut aussi noter l'accroissement de la morbidité et de la mortalité dues aux accidents de la circulation, aux traumatismes et violences divers.

Par ailleurs, les programmes existants de lutte contre la maladie sont peu efficaces et les mesures d'hygiène et d'assainissement sont insuffisantes.

#### **2. La prévalence du VIH/SIDA est forte**

Le taux de séroprévalence du VIH est élevé dans la population générale et la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 15 et 40 ans. Malgré cette prévalence élevée, il y a une sous notification des cas. Cette forte prévalence est notamment due à l'important flux migratoire, à la persistance des pesanteurs socioculturelles et au peu d'efficacité des programmes. Les conséquences de cette pandémie à terme sont, entre autres, l'affaiblissement du tissu social, la désorganisation des services de santé et les incidences négatives sur l'économie nationale .

#### **3. L'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé est limitée.**

La couverture nationale en infrastructures est globalement insuffisante avec en plus, une répartition inégale des formations sanitaires existantes selon les régions. En effet, bien que le rayon moyen d'action des formations sanitaires soit de 9,69 km en 1997, les zones rurales et périurbaines demeurent faiblement couvertes en infrastructures, ce qui en limite l'accessibilité géographique aux populations. Il existe encore de nombreuses formations sanitaires incomplètes et bien souvent, les infrastructures sont dégradées par manque de maintenance. L'une des raisons de l'inégale répartition des formations sanitaires est le non respect des normes de la couverture sanitaire du pays.

Par ailleurs, la faiblesse de la participation communautaire limite l'amélioration de l'offre de soins.

Sur le plan financier, le coût des prestations de soins et des médicaments, même génériques, est généralement élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population, surtout après la dévaluation du franc CFA.

Cette situation s'explique en partie par les prescriptions irrationnelles et le non fonctionnement du système de prise en charge des indigents. Il s'y ajoute l'absence de mécanismes solidaires de prise en charge des coûts de santé.

#### **4. La qualité des services de santé est faible**

Beaucoup de prestations de soins ne sont pas disponibles au niveau des formations sanitaires à cause de l'insuffisance de personnel et de compétence. En effet, le paquet minimum d'activités n'est pas entièrement offert dans toutes les formations sanitaires existantes, tous les districts sanitaires n'étant pas opérationnels.

Les services de santé sont caractérisés par le mauvais accueil, la mauvaise organisation des soins entraînant, entre autres, une mauvaise perception des populations vis à vis de ces services. Les formations sanitaires de référence ne sont pas toujours accessibles ; elles ne peuvent pas prendre en charge certains cas de maladies à cause de leur sous-équipement et de l'insuffisance de personnel spécialisé. La référence et la contre référence sont mal organisées.

La qualité des soins offerts est insuffisante ; ceux-ci ne répondent pas toujours aux critères de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des populations. L'absence d'un programme national d'assurance qualité contribue à la baisse de la qualité des services de santé et par conséquent, à celle de leur utilisation par les populations.

#### **5. La gestion des ressources humaines en santé n'est pas performante**

La direction des ressources humaines mise en place n'est pas encore opérationnelle. Il n'existe pas de politique formelle de développement des ressources humaines, ce qui explique en partie leur insuffisance quantitative et qualitative. La formation de base et la formation en cours d'emploi des personnels de santé sont inadaptées.

La gestion des ressources humaines est caractérisée par la non maîtrise des effectifs, le manque de définition des postes et des emplois, la mauvaise répartition du personnel par rapport aux besoins, l'insuffisance de motivation du personnel.

#### **6. Le cadre institutionnel est faible**

La faiblesse du cadre institutionnel se traduit par une définition insuffisante des relations hiérarchiques et opérationnelles entre les différents niveaux du système de santé, d'où une mauvaise coordination intrasectorielle ; un faible pouvoir de coordination des interventions dans l'ensemble du secteur de la santé ; un cadre juridique inadéquat doublé de la non application des textes existants. L'appui du niveau central en termes de gestion, de planification et de contrôle est insuffisant. Enfin, le manque d'harmonie entre la décentralisation administrative et la décentralisation du système de santé ne garantit pas les acquis du système en terme d'organisation.

#### **7. La coordination et la collaboration intersectorielle sont insuffisantes**

La coordination des interventions des partenaires (secteur privé, organismes de financement, associations) n'est pas suffisante. Les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante. Par conséquent, les ressources du ministère de la santé sont méconnues, mal utilisées et l'impact des apports des partenaires s'en trouve diminué.

En outre, de nombreux déterminants de la santé ne relèvent pas directement du domaine de compétence du ministère de la santé (ex : fourniture d'eau potable,

assainissement, alimentation, sécurité routière) tandis que la collaboration intersectorielle n'est pas organisée aux différents niveaux du système de santé et que les activités qui doivent concourir à un meilleur état de santé restent compartimentées tant au niveau central que périphérique.

#### **IV. Rappel de la politique sanitaire nationale**

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution du Burkina du 02 juin 1991 qui dispose en son article 18 que la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux, constituent des droits sociaux reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir.

Le Burkina Faso a adhéré à différents engagements internationaux ou régionaux :

- la déclaration universelle des droits de l'homme ;
- le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;
- la charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;
- la convention relative aux droits de l'enfant ;
- la déclaration d'Alma Ata sur la stratégie des soins de santé primaires ;
- la charte de développement sanitaire de la région africaine d'ici l'an 2000 ;
- la déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA : «Santé, base du développement» ;
- les recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire ;
- la déclaration de la Conférence Mondiale de Beijing.

Le Burkina Faso a fait siens, entre autres, les valeurs et les principes suivants :

- la santé est un droit fondamental de l'être humain ;
- la santé est au cœur du développement ;
- équité, éthique, justice sociale et solidarité doivent guider les choix en matière de santé ;
- les femmes et les hommes ont des besoins de santé spécifiques ;
- tout être humain a le devoir de participer individuellement et collectivement à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ;
- le maintien, la promotion et la restauration de la santé impliquent une collaboration multisectorielle et pluridisciplinaire ;
- les soins de santé doivent être de bonne qualité.

Les valeurs, les principes et les engagements ci-dessus énoncés sont à la base de la Politique Sanitaire Nationale.

Le but de la Politique Sanitaire Nationale est de contribuer au bien-être des populations.

Ce but est défini à partir de la vision d'un système national de santé qui doit être un système intégré, garantissant la santé pour tous avec solidarité, équité, éthique et offrant des soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs de qualité, accessibles géographiquement et financièrement, avec la participation effective et responsable de tous les acteurs.

La mission de ce système est de satisfaire les besoins essentiels de santé des populations.

La Politique Sanitaire Nationale s'est fixé comme objectif d'améliorer l'état de santé des populations.

La Politique Sanitaire Nationale sera mise en œuvre à travers des plans de développement sanitaire et le présent plan en est le premier. Ses orientations stratégiques sont indiquées ci-dessous.

## **V. Orientations stratégiques**

- **Objectif général**

Réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations

- **Objectifs intermédiaires**

1. accroître la couverture sanitaire nationale ;
2. améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
3. renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles ;
4. réduire la transmission du VIH ;
5. développer les ressources humaines en santé ;
6. améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
7. accroître les financements du secteur de la santé ;
8. renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

- **Objectifs spécifiques par objectif intermédiaire**

9. ACCROITRE LA COUVERTURE SANITAIRE NATIONALE

- 1.1. développer les infrastructures sanitaires et les équipements ;
- 1.2. opérationnaliser les districts sanitaires ;
- 1.3. développer les services à base communautaire ;
- 1.4. renforcer la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre de soins.

10. AMELIORER LA QUALITE ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

- 2.1. développer une stratégie nationale d'assurance qualité des services ;
- 2.2. améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité ;
- 2.3. renforcer les activités de soutien et de promotion de la santé.

11. RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

- 3.1. promouvoir la santé des groupes spécifiques ;

- 3.2. réduire l'incidence et la prévalence des maladies d'intérêt en santé publique.

## 12. REDUIRE LA TRANSMISSION DU VIH

- 4.1. renforcer les mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH ;
- 4.2. améliorer la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

## 13. DEVELOPPER LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

- 5.1. définir les orientations nationales pour le développement des ressources humaines en santé ;
- 5.2. satisfaire les besoins du système de santé en ressources humaines.

## 14. AMELIORER L'ACCESSIBILITE FINANCIERE DES POPULATIONS AUX SERVICES DE SANTE

- 6.1. améliorer l'efficience des services de santé ;
- 6.2. promouvoir des mécanismes de partage des risques en matière de santé.

## 7. ACCROITRE LES FINANCEMENTS DU SECTEUR DE LA SANTE

- 7.1. mobiliser des ressources financières additionnelles en faveur du secteur de la santé ;
- 7.2. améliorer le recouvrement des coûts.

## 8. RENFORCER LES CAPACITES INSTITUTIONNELLES DU MINISTERE DE LA SANTE

- 8.1. améliorer le cadre organisationnel du Ministère de la Santé ;
- 8.2. renforcer le cadre juridique du Ministère de la Santé ;
- 8.3. accroître les capacités d'administration, de gestion et d'appui technique du Ministère de la Santé ;
- 8.4. améliorer la coordination des interventions dans le secteur de la santé ;
- 8.5. renforcer la collaboration intersectorielle.

## **OBJECTIF INTERMEDIAIRE 1 : ACCROITRE LA COUVERTURE SANITAIRE NATIONALE**

L'un des objectifs de la PSN est de rendre les services de santé accessibles géographiquement. Il s'agira de rapprocher les services des populations et de corriger les disparités dans la répartition des infrastructures de base.

L'atteinte des objectifs spécifiques ci-dessous permettra d'accroître la couverture sanitaire nationale.

### **Objectif spécifique 1.1. Développer les infrastructures sanitaires et les équipements**

La normalisation des infrastructures incomplètes et la construction de nouveaux CSPS visent à obtenir une couverture moyenne en infrastructures sanitaires du premier niveau selon les normes suivantes :

- en zone de grande étendue géographique et de faible densité démographique, construire un CSPS dans un rayon de 10 km ;
- en zone de forte densité démographique, notamment en milieu urbain, construire un CSPS pour 10 000 habitants ;

Les axes d'intervention suivants ont été identifiés en vue de développer les infrastructures sanitaires et les équipements :

➤ *Infrastructures de soins*

#### **Normalisation des infrastructures incomplètes**

Le premier échelon de notre système de santé, le CSPS, comprend un dispensaire et une maternité ; or, il existe encore sur le terrain des dispensaires et des maternités isolés. De même, tous les districts ne possèdent pas d'antenne chirurgicale comme prévu et les hôpitaux de référence (CHR et CHN) ne jouent pas pleinement leur rôle du fait de la faiblesse des plateaux techniques. Pour remédier à cette situation, il faudra :

- transformer 135 dispensaires isolés en CSPS ;
- transformer 15 maternités isolées en CSPS ;
- construire 87 dépôts MEG, 249 logements et 160 forages dans les formations sanitaires périphériques (CSPS et CMA) ;
- construire 08 CMA dans les districts sanitaires suivants : Batié, secteurs 15 et 22 de Bobo, Dano, Dandé, Boussé, Réo, Tô ;
- construire des infrastructures complémentaires dans 18 CMA (salles d'hospitalisation, clôtures, etc) ;
- renforcer 07 CHR (Dédougou, Dori, Fada, Gaoua, Koudougou, Ouahigouya, Tenkodogo) par la création de nouvelles unités et le relèvement des plateaux techniques de toutes les unités ;
- renforcer 02 hôpitaux nationaux (CHN/YO, CHNSS) par la création de nouvelles unités éventuellement, ainsi que le relèvement des plateaux techniques de toutes les unités. Sera prise en compte dans cette normalisation la

complémentarité des services spécialisés entre les CHN de Ouagadougou, de Bobo–Dioulasso et le Centre Hospitalier Pédiatrique.

### **Construction de nouvelles infrastructures et/ ou réhabilitation des infrastructures existantes, selon la planification nationale**

- construire 605 nouveaux CSPS d'ici à l'an 2010.
- reconstruire 02 CHR (Banfora, Kaya) qui présentent des locaux vétustes et inadaptés ;
- construire le Centre National de Transfusion Sanguine ;
- construire le Centre National de lutte contre la Cécité ;
- construire un Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) du SIDA à Bobo et un second centre à Ouaga ;
- réhabiliter 183 CSPS vétustes sur les 759 CSPS existants en 1999 ;
- réhabiliter 09 CMA à Diapaga, Pama, Bogandé, Orodara, Boulsa, Kongoussi, Ziniaré, Zabré, Séguénéga ;

#### *➤ Infrastructures administratives*

Le développement des infrastructures concerne également les infrastructures administratives (directions centrales, centres nationaux, DRS et districts). La création des directions centrales ne s'est pas toujours accompagnée de construction de locaux. De même, certaines DRS présentent des bureaux vétustes et/ou non adaptés. Au niveau des districts, les infrastructures construites ont surtout intéressé jusque-là les structures de soins, alors que les structures administratives sont aussi importantes pour l'accomplissement des missions des équipes cadres. Il s'agira donc de :

- construire 15 locaux à usage de bureaux pour les ECD : (Sindou, Solenzo, Gorom-Gorom, Boussé, Paul VI, Pissy, Saponé, Titao, Ouargaye, Dédougou, Banfora, Séguénéga, Gaoua, Tenkodogo, Kossodo) ;
- construire 06 locaux à usage de bureaux pour les DRS : (Bobo, Dori, Fada, Gaoua, Kaya, Ouaga) ;
- construire des locaux à usage de bureaux pour 04 Directions Centrales (DMH, DIEM, DRH, DSPH) et pour la CADSS ;
- construire les locaux de l'ENSP de Koudougou ;
- réhabiliter des locaux vétustes et / ou inadaptés pour 02 centres nationaux (CNN, CNAOB).

#### *➤ Equipement et maintenance*

### **Application des normes en équipements techniques pour tous les niveaux de soins**

L'équipement des formations sanitaires présente des insuffisances multiformes ainsi que de nombreuses disproportions surtout au niveau des hôpitaux. Des normes viennent d'être élaborées, il s'agira de :

- valider les normes et standards élaborés ;

- diffuser les normes et standards élaborés ;
- impliquer les techniciens au choix adéquat des matériels lors de l'équipement des formations sanitaires ;
- équiper les infrastructures sanitaires selon les normes ;
- réactualiser périodiquement les normes.

### **Maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements**

Les infrastructures sanitaires et les équipements médicaux ont fait l'objet jusque-là de peu d'attention en matière de maintenance. De ce fait, il s'avère nécessaire pour la bonne fonctionnalité des services de santé, de :

- définir une stratégie de maintenance des infrastructures et des équipements ;
- élaborer un plan de maintenance des infrastructures et des équipements ;
- former les utilisateurs sur place à l'entretien des infrastructures et des équipements ;
- équiper les sept (7) ateliers (Ouaga, Dédougou, Ouahigouya, Gaoua, Dori, Fada et Bobo) de maintenance en matériels adéquats ;
- assurer les maintenances préventive et curative des infrastructures et des équipements par des équipes techniques ;
- instituer des prévisions d'amortissement des infrastructures et des équipements au niveau des structures autonomes ;
- déterminer et diffuser annuellement les coûts réels de maintenance par structure ;
- suivre la planification et l'application des normes en matière d'infrastructures et d'équipements.

### **Objectif spécifique 1.2. Opérationnaliser tous les districts sanitaires**

La majorité des districts sanitaires ne sont pas opérationnels. Afin d'atteindre l'objectif d'une pleine opérationnalité de ces structures les plus décentralisées de notre système de santé, les axes d'intervention suivants sont préconisés :

#### **Renforcement des capacités opérationnelles des structures d'appui à la décentralisation**

La réalisation de cet axe d'intervention nécessitera les activités suivantes :

- élaborer des normes en matière de ressources humaines pour les structures d'appui que sont les DRS et la CADSS ;
- doter ces structures en ressources nécessaires.

#### **Renforcement des capacités opérationnelles des districts sanitaires**

Le renforcement des capacités opérationnelles des districts se fera par la réalisation des activités suivantes :

- allouer les ressources nécessaires au fonctionnement des districts ;



- mettre en place/dynamiser des structures de gestion du district (CSD, COGES)
- poursuivre la formation des médecins de district en gestion et en chirurgie essentielle. Si l'on part du principe qu'il faut au moins deux médecins par district, tous formés en gestion et en chirurgie essentielle, les besoins pour les dix années à venir sont estimés à 106 médecins. Ces besoins doivent être pondérés en tenant compte du personnel existant, des départs en stage et des affectations. Les capacités actuelles de formation sont de 15 médecins par an pour la chirurgie essentielle et de 30 médecins par an pour la gestion de district. A terme, ces formations seront prises en compte au niveau de la faculté des sciences de la santé ;
- former les autres membres des ECD en gestion de district. Des modules ont été élaborés à cet effet et les DRS en collaboration avec les MCD assureront cette formation ;
- renforcer les infrastructures sanitaires des districts (cf. objectif spécifique n°1.1).

### **Application de modèles adaptés aux districts urbains et aux districts centrés sur les CHR**

Des modèles de districts en milieu urbain et ceux centrés sur un CHR ont été proposés dans l'étude sur la décentralisation du système de santé. Par ailleurs, la DGSP a tenu deux ateliers sur le même sujet. Il conviendra :

- de valider les résultats de l'étude et des propositions issues des ateliers ;
- d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'application des modèles.

### **Objectif spécifique 1.3. Développer les services à base communautaire**

Le développement des services à base communautaire selon les axes d'intervention ci-dessous cités contribuera à l'accroissement de la couverture sanitaire :

#### **Mobilisation sociale**

Pour assurer une plus grande mobilisation sociale, il s'agira de :

- élaborer une stratégie nationale de mobilisation sociale en collaboration avec les secteurs connexes ;
- élaborer et mettre en œuvre un plan de communication.

#### **Promotion des activités à base communautaire**

Plusieurs programmes de santé intègrent dans leurs stratégies, des activités à base communautaire. Il s'avère de ce fait indispensable de :

- former et encadrer les agents SBC impliqués dans la mise en œuvre de certains programmes ;
- apporter un appui technique et financier aux initiatives communautaires visant à promouvoir les activités de santé ;
- former les membres des COGES pour la gestion des activités des formations sanitaires.

#### **Objectif spécifique 1.4. Renforcer la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre des soins.**

Les secteurs sanitaires privé et traditionnel sont partie intégrante du système de santé. Afin d'assurer un fonctionnement harmonieux du système national de santé et une meilleure intégration de ces secteurs dans le système d'offre de soins aux populations, il sera nécessaire de renforcer la collaboration entre le secteur sanitaire public d'une part, et les secteurs sanitaires privé et traditionnel d'autre part, à travers les axes d'intervention suivants :

##### **Développement des secteurs sanitaires privé et traditionnel**

L'augmentation de l'offre de soins aux populations sera assurée à travers les activités suivantes :

- élaborer une stratégie nationale pour le développement du secteur sanitaire privé ;
- élaborer une stratégie nationale de promotion de la Médecine et Pharmacopée Traditionnelles ;
- élaborer et diffuser les normes relatives au secteur sanitaire privé : il s'agit aussi bien de normes d'implantation des structures que de celles relatives aux activités, à la qualification du personnel et à l'équipement par catégorie de structures ;
- définir les mécanismes et les outils de suivi / évaluation des activités des secteurs sanitaires privé et traditionnel .

##### **Renforcement de l'implication du secteur sanitaire privé dans le développement sanitaire**

Pour assurer une meilleure implication du secteur sanitaire privé dans le développement global de la santé, il sera nécessaire de :

- définir des mécanismes et cadres de collaboration / partenariat formels ;
- rendre fonctionnels les cadres de collaboration définis ;
- suivre et évaluer le fonctionnement des cadres de collaboration.

##### **Renforcement de la collaboration avec les associations de tradipraticiens**

Une grande partie de la population a recours aux tradipraticiens pour ses besoins de santé. Pour une meilleure qualité de l'offre de soins, il importe de renforcer la collaboration avec les tradipraticiens par la réalisation des activités suivantes :

- mettre en place un cadre de collaboration entre secteur sanitaire public et secteur sanitaire traditionnel ;
- apporter un appui technique et financier à l'organisation des associations locales de tradipraticiens ;

- former les tradipraticiens à l'amélioration de la qualité de leurs prestations ;
- apporter un appui à la validation scientifique des remèdes traditionnels.

## **OBJECTIF INTERMEDIAIRE 2 : AMELIORER LA QUALITE ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE**

La faible qualité des services qui se traduit par une baisse continue de leur utilisation au cours des dix (10) dernières années, est un des problèmes prioritaires de santé. Au cours de l'exécution du Plan, la réalisation des objectifs spécifiques suivants permettra d'offrir des services de meilleure qualité, ce qui devrait contribuer à améliorer leur utilisation. L'objectif visé est de passer de 0,2 à 0,5 contact par habitant et par an.

### **Objectif spécifique 2.1. Développer une stratégie nationale d'assurance qualité des services**

L'absence d'un mécanisme permettant d'assurer et de maintenir la qualité des services est une des grandes faiblesses du système de santé. De ce fait, la réalisation des axes d'intervention ci-dessous, permettra d'y remédier :

#### **Développement des compétences du personnel de santé**

La maîtrise des techniques médicale et organisationnelle étant la base de la qualité des services, il est nécessaire pour développer une stratégie d'assurance qualité que les compétences techniques des personnels de santé soient renforcées dans leurs domaines respectifs.

Aussi, une large place sera t-elle accordée à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan global de développement des ressources humaines prenant en compte le développement des compétences à tous les niveaux du système de santé (cf. objectif intermédiaire 5).

#### **Application des normes et standards de soins de qualité par niveau**

Le niveau d'appréciation des soins de qualité est déterminé par la définition claire de normes précisant la valeur normale, la démarche technique et les conditions idéales pour poser chaque acte médical. La mise en œuvre de normes et standards de soins aux différents niveaux du système de santé se fera par la réalisation des activités suivantes :

- élaborer et diffuser les normes et standards de soins de qualité pour tous les niveaux du système de santé ;
- réviser/compléter les Guides de Diagnostic et de Traitement (GDT), les protocoles hospitaliers et autres outils de soins préventifs et de prise en charge des cas de maladie, ce qui facilitera l'application des normes et standards au niveau des prescripteurs, notamment ceux des districts ;
- suivre et évaluer l'application des normes et standards élaborés et l'utilisation des GDT et autres outils de soins préventifs et de prise en charge des cas de maladie.

### **Mise en œuvre d'un système performant de gestion des infrastructures et des équipements**

La mise en œuvre d'un système performant de gestion des infrastructures et des équipements est une action indispensable à l'amélioration de la qualité des services. (cf. objectif spécifique 1.1).

### **Développement d'un réseau national de laboratoires fonctionnels**

La qualité des services est également tributaire des examens complémentaires de laboratoire dont les résultats doivent permettre d'orienter les prescripteurs. Malheureusement, la plupart des laboratoires des formations sanitaires publiques sont peu performants et il n'existe aucun système permettant de garantir la qualité des résultats des laboratoires. Pour rendre plus efficace cette complémentarité, il est prévu de :

- organiser l'ensemble des laboratoires existants (publics et privés) en un réseau national ;
- élaborer et diffuser à tous les niveaux, le schéma de référence permettant d'explicitier le fonctionnement du réseau ;
- renforcer la capacité des laboratoires publics par l'affectation et/ou la formation de personnel compétent, la dotation en ressources matérielles et en réactifs ;
- assurer régulièrement le contrôle de qualité des résultats des laboratoires publics et privés par le Laboratoire National de Santé Publique et celui du Centre Muraz ;
- prendre en compte les laboratoires d'analyses médicales dans la supervision des services de santé du secteur public.

### **Renforcement du système de référence et de contre référence**

Le système de référence, qui devrait faciliter le passage des malades les plus gravement atteints d'un échelon à un autre, souffre depuis longtemps d'une insuffisance d'organisation, du non respect des normes existantes en la matière, de l'absence quasi totale de contre référence.

Pour renforcer ce système, les activités prévues sont les suivantes :

- mettre en place des services d'urgence et de soins intensifs performants dans les hôpitaux ;
- organiser la référence (outils, moyens de communication et de transport) ;
- organiser au sein des hôpitaux, le circuit des malades référés ;
- pratiquer systématiquement la contre référence pour une meilleure continuité des soins ;
- évaluer annuellement la pratique de la référence et de la contre référence.

## **Supervision des prestataires**

La supervision qui est indispensable à l'amélioration des performances des services de santé est malheureusement insuffisante et non systématisée, en raison notamment de l'insuffisance de ressources humaines compétentes.

Pour assurer la supervision des prestataires à tous les niveaux, il s'agira de :

- former en technique de supervision les responsables des structures de santé ;
- rendre systématique la supervision de l'ensemble des professionnels de santé à tous les niveaux ;
- assurer l'encadrement du personnel para médical au sein des hôpitaux ;
- renforcer la logistique ;
- évaluer annuellement la pratique de la supervision à tous les niveaux.

## **Régulation des pratiques professionnelles**

La régulation des pratiques professionnelles permet d'assurer l'éthique et de garantir les bonnes pratiques, toutes choses qui sont nécessaires à une offre de services de qualité. Pour ce faire, il s'agira de :

- créer un Comité d'Éthique Professionnelle au sein du ministère de la santé ;
- élaborer, diffuser et veiller à l'application du Code d'Éthique Professionnelle ;
- impliquer les Ordres professionnels dans la régulation des pratiques professionnelles des secteurs public et privé par la dynamisation de leur fonctionnement et la création de cadres de concertation appropriés ;
- renforcer les structures d'appui et de contrôle du ministère de la santé, notamment l'IGESS, dans le cadre global du renforcement institutionnel ;
- définir et diffuser les droits et devoirs des utilisateurs des services de santé ;
- suivre et évaluer l'application du Code d'Éthique Professionnelle.

## **Objectif spécifique 2.2. Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité**

La mise à la disposition des populations de médicaments essentiels de qualité à un moindre coût est un axe important de la politique sanitaire nationale. C'est pourquoi une attention particulière doit être accordée à l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels ainsi que de leur accessibilité tant financière que géographique. Ainsi, les axes d'intervention suivants sont préconisés :

### **Renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur pharmaceutique**

Il se fera dans le cadre global du renforcement institutionnel par les activités suivantes :

- réviser les textes existants pour les adapter à l'évolution du secteur pharmaceutique ;
- élaborer et diffuser les textes manquants pour combler les vides juridiques ;
- former les responsables aux différents niveaux du système de santé en législation et réglementation pharmaceutiques ;

- évaluer l'application des textes juridiques.

### **Amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels de qualité**

Pour améliorer cette disponibilité, il est prévu de :

- promouvoir l'application du droit de substitution des spécialités par des génériques ;
- mener une réflexion sur les mesures incitatives pour la distribution des MEG par le secteur privé ;
- sensibiliser les opérateurs économiques à investir dans le secteur de la production pharmaceutique ;
- réviser périodiquement la liste nationale des médicaments essentiels ;
- élaborer un manuel de procédures de gestion pour les dépôts de MEG ;
- former/recycler les membres des COGES sur les procédures de gestion des dépôts de MEG ;
- superviser l'approvisionnement et la distribution des MEG dans les districts sanitaires afin d'éviter les ruptures de stock et de faire respecter les marges bénéficiaires ;
- évaluer annuellement l'approvisionnement et la distribution des médicaments.

### **Promotion de l'usage rationnel des médicaments**

La réalisation de cet axe d'intervention se fera à travers les activités suivantes :

- rendre fonctionnelle la Commission Nationale du Médicament ;
- former les prescripteurs et les dispensateurs de médicaments à l'usage rationnel du médicament ;
- sensibiliser les populations et les opérateurs économiques à l'usage rationnel des médicaments et sur les dangers des «médicaments de rue» ;
- sensibiliser les professionnels de la pharmacie à l'éthique et à la déontologie en mettant à contribution l'Ordre des pharmaciens.

### **Renforcement du système d'assurance qualité des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés**

Pour ce faire, il faudra :

- former les membres de la commission technique d'enregistrement du médicament aux procédures y relatives ;
- former les pharmaciens du secteur public aux procédures d'enregistrement des médicaments ;
- développer le contrôle de qualité des médicaments en laboratoire en pré et post-marketing ;
- mettre en œuvre un système d'assurance de la traçabilité des médicaments ;
- rendre fonctionnelle la commission nationale chargée de la médecine et pharmacopée traditionnelles.

### **Objectif spécifique 2.3. Renforcer les activités de soutien et de promotion de santé**

La faible qualité des services de santé est également liée à des insuffisances dans la conception des programmes, dans leur gestion ou encore dans le développement des activités de soutien.

La réalisation des axes d'intervention ci-dessous permettra de remédier à cette situation :

#### **Renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)**

Le système national d'information sanitaire a longtemps été caractérisé par des insuffisances notables parmi lesquelles la faiblesse de l'analyse et de l'utilisation des données collectées à tous les niveaux du système de santé, ce qui ne permet pas de suivre et d'évaluer la performance des programmes.

Aussi, s'agira t-il de :

- renforcer les structures chargées de la gestion du SNIS en compétences techniques, en supports et matériels de gestion adaptés ;
- former les responsables des services de soins à l'analyse et l'utilisation systématique des données collectées localement.

#### **Développement des services de documentation sanitaire et des archives et des nouvelles technologies de la communication et de l'information au sein du ministère de la santé**

Le niveau de développement des nouvelles technologies de la communication et de l'information, de la documentation sanitaire et des archives au sein du département ne permet pas de répondre aux besoins des services.

Pour corriger les insuffisances en la matière, il faudra :

- élaborer et mettre en œuvre une stratégie de développement des services de documentation sanitaire et des archives au sein du ministère de la santé, en exploitant les résultats de l'étude sur le développement de services de documentation sanitaire et des archives ;
- utiliser de manière optimale les nouvelles technologies de la communication et de l'information au sein des services de santé par la mise en œuvre du schéma directeur informatique déjà élaboré et le suivi /évaluation de sa mise en œuvre.

#### **Développement de l'IEC/Santé**

Le pays ne dispose pas encore d'un document de politique nationale d'IEC/Santé ; c'est pourquoi, l'axe d'intervention dans ce domaine visera à :

- élaborer et diffuser une stratégie d'IEC/Santé ;

- mettre en œuvre une stratégie en IEC/Santé.

### **Développement de la recherche en santé**

Les activités de recherche en santé se développent de façon significative au sein des services de santé. Malgré quelques progrès dans ce domaine, on note des insuffisances notables portant sur les mécanismes de coordination, le suivi et l'évaluation, la diffusion et l'utilisation des résultats, le renforcement des capacités, etc. Les activités de développement de la recherche en santé consisteront à :

- adopter et diffuser les textes relatifs aux activités de recherche au sein du ministère de la santé (Comité d'Éthique, structure de gestion) ;
- élaborer et diffuser le Code d'Éthique de la recherche en santé ;
- former une masse critique de personnel de santé en méthodologie de la recherche ;
- assurer la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche en santé ;
- dynamiser les cadres de concertation dans le domaine de la recherche en santé existants ;
- créer un fonds d'appui à la recherche ;
- suivre et évaluer les activités de recherche.

### **Promotion de l'hygiène et de l'assainissement**

Les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement contribuent à aggraver l'état de santé des populations. Par conséquent, les interventions dans ce domaine mettront l'accent sur le cadre juridique, l'information et la sensibilisation des populations par les activités suivantes :

- adopter et diffuser le Code d'Hygiène ;
- mettre en œuvre les dispositions du Code d'Hygiène relevant du secteur de la santé ;
- mener des activités d'IEC dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement ;
- mettre en place un mécanisme de coordination (intra et intersectorielle) en matière d'hygiène et d'assainissement ;
- suivre et évaluer l'application du Code d'Hygiène.

### **OBJECTIF INTERMEDIAIRE 3 : RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES**

L'une des principales attributions du système de santé est d'assurer la lutte contre la maladie. Au cours de l'exécution du PNDS, la lutte contre la maladie sera renforcée. D'une manière générale, la réalisation de cet objectif intermédiaire permettra de réduire d'ici 2010 :

- le taux brut de mortalité de 15,2 pour mille à 12,3 pour mille ;
- la mortalité maternelle de 40 % ;



- la mortalité infantile de 40 % ;
- la mortalité infanto-juvenile de 40 %.

Les objectifs spécifiques à atteindre sont les suivants :

### **Objectif spécifique 3.1. Promouvoir la santé des groupes spécifiques**

Les groupes spécifiques pour lesquels le système de santé prévoit une offre de soins comprennent d'une part, les groupes vulnérables que sont les enfants, les femmes, les jeunes et adolescents et les personnes âgées et d'autre part, le groupe des scolaires et universitaires et celui des travailleurs des secteurs structurés.

Les groupes dits vulnérables sont exposés à des risques additionnels liés à leur âge, leur sexe ou leurs activités.

L'importante mobilisation nationale et internationale a permis de leur offrir des prestations spécifiques dans le cadre des programmes de santé maternelle et infantile (SMI), de planification familiale (PF), de nutrition, de vaccination (PEV), ou plus récemment encore de la maternité à moindre risque, de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), des soins obstétricaux d'urgence (SOU) et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Avec l'adoption du concept de Santé de la Reproduction (SR), notre pays s'est engagé à rendre disponibles des services de santé de la reproduction de qualité.

Les axes d'intervention ci-dessous permettront de promouvoir la santé des groupes spécifiques :

#### **Promotion des prestations préventives à l'endroit des groupes vulnérables**

Au Burkina, les groupes des enfants et des femmes ont été les premiers à bénéficier de prestations préventives spécifiques. Cependant, les taux de mortalité de ces groupes demeurent anormalement élevés. Dans le cadre du PNDS, les prestations préventives seront renforcées à travers les activités ci-dessous :

- élaborer des orientations nationales en matière de prestations préventives à l'endroit des groupes vulnérables ;
- finaliser et mettre en œuvre le programme de santé des jeunes et adolescents ;
- valider et disséminer les politiques, normes et protocoles techniques de santé de la reproduction ;
- mettre en œuvre des protocoles permettant un dépistage précoce des principaux risques encourus par les groupes vulnérables ;
- intégrer dans les structures existantes (de santé ou d'autres départements) les prestations préventives afin de les rendre accessibles à l'endroit des groupes vulnérables ;
- améliorer la qualité des prestations préventives, notamment en assurant la confidentialité à l'endroit de certains groupes (jeunes, porteurs des IST) ;
- impliquer davantage les départements ministériels connexes et les communautés à la prévention des problèmes de santé des groupes vulnérables ;
- évaluer annuellement les prestations préventives à l'endroit des groupes vulnérables.

Les activités ci-dessus visent à augmenter d'ici l'an 2010 :

- le taux de couverture en CPN de 65 à 90 % ;
- le taux de couverture en accouchements assistés de 34 à 60 % ;
- le taux de prévalence contraceptive de 6 à 17 %.

### **Amélioration des prestations curatives à l'endroit des groupes vulnérables**

La mauvaise qualité des prestations curatives à l'endroit des groupes vulnérables est en partie responsable de leurs taux de mortalité élevés. Aussi, pour améliorer cette qualité, en plus des activités des objectifs spécifiques 2.1 et 2.2, il s'agira de :

- intégrer les prestations curatives à l'endroit des groupes vulnérables dans les structures existantes ;
- impliquer davantage les communautés dans les actions de prise en charge curative à travers l'intensification de l'IEC au sein des communautés, l'appui aux initiatives communautaires visant à participer aux prestations curatives et la formation des membres des communautés à faciliter la référence précoce des cas graves ;
- suivre et évaluer les prestations curatives à l'endroit des groupes vulnérables.

### **Organisation de la santé scolaire et universitaire**

En raison du nombre croissant du groupe des scolaires et universitaires surtout dans les villes, les prestations curatives qui leur sont traditionnellement offertes méritent d'être renforcées et mieux organisées dans le cadre du PNDS.

Il s'agira pour cela de :

- élaborer une stratégie nationale de promotion de la santé scolaire et universitaire ;
- mettre en œuvre un programme intégré de santé scolaire et universitaire mettant l'accent sur la prévention.

### **Réduction des risques liés au milieu et à l'environnement du travail**

Les structures en charge de la santé des travailleurs au Burkina, ont toujours accordé une plus grande place aux activités curatives à l'endroit du travailleur et de sa famille, au détriment des prestations préventives. Dans le cadre de la définition de nouvelles orientations à travers le PNDS, l'accent sera mis sur la réduction des risques liés au milieu et à l'environnement du travail par la réalisation des activités suivantes :

- élaborer et mettre en œuvre la stratégie nationale en matière de santé et sécurité au travail avec un accent particulier sur la prévention ;
- former / recycler les professionnels en charge de la santé et sécurité au travail ;
- coordonner les activités des comités d'hygiène et de sécurité au travail.

### **OBJECTIF SPECIFIQUE 3.2. Réduire l'incidence et la prévalence des maladies d'intérêt en santé publique**

Les maladies d'intérêt en santé publique sont les maladies transmissibles telles que le paludisme, la lèpre, la tuberculose, la dracunculose, l'onchocercose, la trypanosomiase, ainsi que des maladies non transmissibles parmi lesquelles les maladies cardio-vasculaires, bucco-dentaires, mentales, métaboliques, carencielles, cécitantes et cancéreuses. Elles concernent également les maladies évitables par la vaccination de routine que sont la rougeole, la fièvre jaune, la méningite, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche et la poliomyélite. La mise en œuvre des axes d'intervention ci-dessous permettra de réduire d'ici l'an 2010 l'incidence et la prévalence de toutes ces maladies et notamment :

- éliminer le tétanos néonatal et la lèpre ;
- éradiquer la dracunculose et la poliomyélite ;
- accroître le taux de dépistage passif et le taux de guérison des cas traités ;
- réduire la létalité due au paludisme ;
- réduire d'au moins 50% les carences en micronutriments( iode, vit A, fer ) ;
- réduire à moins de 5 % la mortalité due à la malnutrition protéino-calorique.

#### **Amélioration de la conception des programmes de santé pour les maladies d'intérêt en santé publique**

- évaluer les programmes existants ;
- élaborer de nouveaux programmes intégrés de santé ;
- former les responsables des différents niveaux du système de santé au processus de planification ;
- associer les principaux acteurs à la conception des programmes de santé.

#### **Amélioration de la gestion des programmes de santé**

- intégrer les programmes verticaux de la conception jusqu'à leur mise en œuvre ;
- former en gestion les agents du ministère de la santé impliqués dans la gestion des programmes ;
- impliquer davantage les communautés dans l'organisation et la gestion des activités de santé notamment par la formation des membres concernés par la mise en œuvre des programmes de santé ;
- suivre l'exécution des programmes et les évaluer périodiquement tant aux plans interne qu'externe.

#### **Amélioration de la couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois et des femmes en âge de procréer**

- renforcer la logistique ;
- rationaliser la gestion des vaccins et consommables sur la base des études sur les taux de perte et l'approvisionnement des vaccins ;

- former/recycler les agents de santé pour augmenter leur compétence ;
- adapter les stratégies de vaccination au contexte ;
- sensibiliser les populations en matière de vaccination.

Ces activités permettront d'atteindre une couverture vaccinale d'au moins 85 % des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes complètement vaccinés.

### **Renforcement de la surveillance épidémiologique**

former les agents de santé à la surveillance épidémiologique active et passive des maladies d'intérêt en santé publique ;  
équiper les formations sanitaires en moyens de communication ;  
former les agents des services à base communautaire à la surveillance épidémiologique.

### **Amélioration de la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques**

- former les agents de santé à la prise en charge des cas ;
- élaborer des stratégies de lutte contre les épidémies ;
- systématiser l'utilisation des outils de prise en charge des cas de maladie ;
- suivre et évaluer l'utilisation des outils de prise en charge.

### **OBJECTIF INTERMEDIAIRE 4 : REDUIRE LA TRANSMISSION DU VIH**

Il s'agira de réduire les taux de prévalence des IST de 50 % et de ramener le taux de séroprévalence du VIH/SIDA à moins de 6 % d'ici l'an 2010.

La mise en œuvre du Plan National Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA contribuera à l'atteinte des objectifs spécifiques ci-dessous :

#### **Objectif spécifique 4.1. Renforcer les mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH**

Les efforts au niveau national visant à maîtriser la pandémie du SIDA seront focalisés sur le renforcement des mesures de prévention de la transmission à travers les axes d'intervention suivants :

#### **Développement de l'IEC en IST/VIH/SIDA**

Dans le domaine de la lutte contre les IST et le SIDA, l'IEC, utilisée comme stratégie de communication pour un changement de comportements, est sujette à de nombreuses insuffisances.

Dans le cadre du plan, l'IEC sera développée par la réalisation des activités ci-dessous :

- informer périodiquement les populations sur l'évolution des infections sexuellement transmissibles et de celle du SIDA ;
- diffuser au niveau national les données sur les IST/VIH/SIDA ;
- former les responsables des services de soins en counselling IST/VIH/SIDA ;
- suivre et évaluer les activités d'IEC en IST/VIH/SIDA.

### **Prévention de la transmission par voie sexuelle des IST et du VIH**

En plus de l'IEC, la réduction de la transmission par voie sexuelle sera assurée à travers les activités ci-après :

- former/recycler les prestataires à la prise en charge syndromique des IST ;
- assurer la prise en charge syndromique des cas d'IST à des coûts abordables ;
- rendre disponibles des préservatifs de qualité à des prix sociaux en utilisant l'approche du marketing social ;
- intégrer les activités de prévention des IST et du SIDA aux projets et programmes de développement ;
- suivre et évaluer les activités de prévention de la transmission par voie sexuelle.

### **Prévention de la transmission par voie sanguine du VIH**

Cet autre mode de transmission important du VIH est lié à certaines activités médicales comme la transfusion sanguine, mais aussi à des actes occasionnant des blessures comme les circoncisions, les scarifications, la manucure, etc. Pour en assurer la prévention, il s'agira outre l'IEC, de :

- appliquer des directives nationales en matière de sécurité transfusionnelle ;
- appliquer des directives nationales de prévention des infections par voie sanguine dans tous les établissements de santé ;
- renforcer les mesures de sécurité pour le personnel à tous les niveaux du système de santé ;
- suivre et évaluer les activités de prévention de la transmission par voie sanguine.

### **prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

Compte tenu du taux de prévalence élevé chez les femmes enceintes, la transmission du VIH de la mère à l'enfant constitue une préoccupation pour laquelle le ministère de la santé est en train d'élaborer des directives nationales en la matière.

les activités prévues dans le cadre du PNDS consisteront à :

- élaborer et mettre en œuvre un programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- renforcer la concertation nationale et internationale pour l'identification de stratégies appropriées en matière d'allaitement pour les femmes séropositives.

### **Objectif spécifique 4.2. Améliorer la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA**

Le renforcement des capacités nationales de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA se fera à travers les axes d'intervention suivants :

## **Renforcement du counselling et de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA**

- former les agents de santé à la surveillance de deuxième génération ;
- renforcer la notification des cas de SIDA ;
- mettre en place des centres de conseil et de dépistage volontaire et confidentiel du VIH.

## **Mise en place de mécanismes et de structures de prise en charge**

- mettre en œuvre un protocole national de prise en charge des cas de VIH/SIDA ;
- mettre en place un Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) à Bobo-Dioulasso et un second centre à Ouagadougou ;
- rendre disponibles des médicaments (antirétroviraux et médicaments pour les infections opportunistes) de qualité à des prix sociaux ;
- approvisionner régulièrement le fonds mis en place pour le soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et les orphelins du SIDA ;
- équiper les laboratoires des districts en matériel pour le dépistage du VIH et le suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- sensibiliser davantage les communautés sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, ce qui permettra aux patients de mieux participer à leur propre prise en charge en dehors des centres spécialisés et de participer à la diffusion de l'information dans leur entourage ;
- proposer des mesures juridiques de protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- organiser des rencontres de concertation avec les tradipraticiens reconnus sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- poursuivre les essais thérapeutiques avec les produits de la pharmacopée traditionnelle ;
- former les prestataires à la prescription des antirétroviraux.

## **OBJECTIF INTERMEDIAIRE 5 : DEVELOPPER LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE**

La réussite du plan national de développement sanitaire repose en grande partie sur l'importance accordée au développement des ressources humaines en santé dans ses différents aspects. Le développement des ressources humaines en santé passera par l'atteinte des objectifs spécifiques suivants :

### **OBJECTIF SPECIFIQUE 5.1. Définir les orientations nationales pour le développement des ressources humaines en santé**

Le processus de définition des orientations pour le développement des ressources humaines entamé depuis quelques années ne s'est pas achevé. L'absence de ces documents constitue un des problèmes prioritaires du domaine. Pour faire face à la situation, le plan prévoit les axes d'intervention ci-dessous :

## **Elaboration d'une politique de développement des ressources humaines en santé**

Les activités à mener sont les suivantes :

- analyser la situation des ressources humaines en santé ;
- élaborer un document de politique de développement des ressources humaines ; ce document de politique doit comprendre, entre autres, les aspects suivants : profil des différentes professions de santé, formation de base et formation continue, spécialisation, gestion du personnel, plans de carrière, mesures incitatives (motivation) et sanctions.

## **Elaboration d'un plan de développement des ressources humaines en santé**

Cet axe d'intervention prendra en compte les données d'analyse de la situation des ressources humaines faite pour l'élaboration du document de la politique de développement des ressources humaines et sa mise en œuvre nécessitera au préalable le renforcement des capacités opérationnelles de la DRH.

La principale activité consistera à élaborer un document de plan de développement des ressources humaines qui devra aborder entre autres, les aspects suivants :

- plan de carrière ;
- plan de recrutement pour pourvoir les postes prioritaires ;
- plan de formation (formation de base et formation continue) pour toutes les catégories de personnels ;
- renforcement des institutions de formation (capacité de production, formation des enseignants, révision des curricula...);
- mode de gestion des ressources humaines (répartition géographique du personnel, adéquation entre compétences et fonctions, motivation...).

## **OBJECTIF SPECIFIQUE 5.2. Satisfaire les besoins du système de santé en ressources humaines**

Les ressources humaines en santé sont caractérisées par leur insuffisance quantitative et qualitative et par leur mauvaise répartition.

La satisfaction des besoins en ressources humaines du système de santé se fera à travers les axes d'intervention suivants :

## **Amélioration de la répartition du personnel**

Il s'agira de :

- renforcer les capacités opérationnelles de la Direction des Ressources Humaines (DRH) pour la rendre apte à remplir sa mission ;
- exploiter les résultats de l'inventaire du personnel (cf. élaboration de la politique de développement des ressources humaines) ;
- élaborer et mettre en œuvre un plan de redéploiement du personnel. A terme, il faudra fixer les postes avec la mise en œuvre de la décentralisation, afin que les redéploiements soient locaux car les redéploiements nationaux connaissent des limites ;
- recruter les personnels nécessaires afin de pourvoir les postes prioritaires ;
- mettre périodiquement à jour la situation du personnel de santé.

## **Formation des personnels de santé**

Elle intéresse aussi bien la formation de base que la formation continue. Les formations doivent être adaptées aux emplois.

Pour ce faire, la réalisation des activités ci-dessous s'avère indispensable .

Dans le domaine de la formation de base, il s'agira de :

- mettre en œuvre le plan de formation de base pour toutes les catégories de personnel ;
- former/recycler les enseignants des écoles de formations ;
- évaluer et réviser les programmes de formation.

Quant à la formation continue, elle vise à développer les compétences techniques et les aptitudes des personnels en cours d'emploi. Pour la rendre efficace et efficiente, il faudra :

- planifier les formations en cours d'emploi (identification des besoins de formation, des méthodes de formation, production de modules et de matériels, coordination des formations...) ;
- suivre/évaluer les formations en cours d'emploi.

## **Optimisation de la gestion des ressources humaines en santé**

Pour permettre une meilleure participation des personnels de santé à l'effort de développement sanitaire national, il faut assurer une gestion rationnelle de cette ressource et créer des conditions favorisant son épanouissement. Il s'agira de mettre l'accent sur la rationalisation de la gestion et la motivation des agents. A cet effet, le plan prévoit les activités suivantes :

- élaborer/réactualiser les instruments législatifs et réglementaires pour la gestion du personnel ;
- élaborer les procédures et outils de gestion des ressources humaines ;



- mettre en place un système d'information et de gestion (SIG) informatisé des ressources humaines pour la santé ;
- décentraliser la gestion des ressources humaines : la décentralisation territoriale actuellement en cours, prévoit à terme, une gestion décentralisée du personnel y compris le recrutement au niveau des collectivités territoriales ;
- mieux gérer les mesures incitatives (statuts et plans de carrière valorisants, système d'octroi de bourses de formation continue et spécialisations, cadres de travail, décorations, lettres de félicitations, nominations, motivation financière...) ;
- sanctionner les fautes.

### **OBJECTIF INTERMEDIAIRE 6 : AMELIORER L'ACCESSIBILITE FINANCIERE DES POPULATIONS AUX SERVICES DE SANTE**

Les indicateurs d'utilisation des services de santé se sont progressivement dégradés au cours des dix dernières années ; ceci s'explique en partie par la faible accessibilité financière des populations aux services de santé due, entre autres, aux coûts élevés des prestations des services et au faible pouvoir d'achat de la majorité de la population.

Pour remédier à cette situation, le présent plan poursuivra l'atteinte des objectifs spécifiques suivants :

#### **Objectif spécifique 6.1. Améliorer l'efficacité des services de santé**

Pour améliorer l'efficacité des services de santé, les axes d'intervention à entreprendre sont les suivants :

##### **Rationalisation des soins.**

Dans le cadre de la rationalisation des soins, les activités suivantes sont prévues :

- Systématiser l'utilisation des guides de diagnostic et de traitement dans toutes les formations sanitaires de premier niveau et les protocoles de prise en charge dans les hôpitaux. Pour ce faire, il sera nécessaire d'évaluer et de réviser éventuellement les guides et les protocoles existants ;
- superviser les prescripteurs ;
- promouvoir l'usage rationnel des médicaments. (Cf. objectif spécifique 2.1)
- évaluer l'utilisation des guides de diagnostic et de traitement.

##### **Rationalisation de la gestion des ressources mobilisées.**

En dépit de l'insuffisance des ressources mobilisées en faveur du secteur de la santé, la gestion de celles-ci n'est pas toujours rationnelle. Pour améliorer cette situation, les activités suivantes seront développées :

- élaborer un manuel de procédures commun à tous les partenaires pour la gestion des ressources ;
- élaborer un guide d'utilisation du manuel de procédures de gestion ;
- définir des critères d'allocations des ressources financières ;
- utiliser de façon efficace les ressources générées par les formations sanitaires

- appliquer la nomenclature budgétaire pour les CSPS qui aidera les COGES à utiliser rationnellement leurs ressources financières dans la transparence ;
- former/recycler le personnel chargé de la gestion financière ;
- former/recycler les membres des COGES à la gestion financière ;
- appliquer la nomenclature budgétaire qui existe déjà au niveau des DRS et des districts ;
- suivre et évaluer l'utilisation des documents de procédures de gestion.

### **Réduction des coûts des prestations sanitaires et des médicaments essentiels**

La réduction des coûts des prestations sanitaires et des médicaments essentiels est rendue nécessaire au regard de la faible accessibilité financière des services de santé aux populations. Pour ce faire, il faudra :

- adopter une structure de prix comportant une réduction des marges bénéficiaires sur les spécialités pharmaceutiques et les médicaments essentiels et génériques ;
- mettre en œuvre un système d'enregistrement des médicaments basé sur l'appréciation du Prix Grossiste Hors Taxe ;
- répercuter les réductions des prix opérées par la CAMEG et autres structures d'approvisionnement au niveau périphérique ;
- contrôler la tarification des prestations de services et des médicaments afin de maintenir les coûts et les marges bénéficiaires dans des limites acceptables dans toutes les formations sanitaires. Ce contrôle pourra servir à établir une espèce d'observatoire sur l'évolution des coûts de santé ;
- introduire une tarification différenciée des prestations de soins au niveau des formations sanitaires.

### **Objectif spécifique 6.2. Promouvoir des mécanismes de partage des risques en matière de santé**

Face aux difficultés de prise en charge des coûts de santé par les malades pris individuellement, le partage des risques en matière de santé se révèle être une alternative à l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

Pour mettre en œuvre cette alternative, les axes d'intervention suivants seront pris en compte :

#### **Promotion des modes communautaires de partage des risques**

Pour promouvoir les modes de pré-paiement, les activités suivantes seront menées :

- mettre en place une banque de données sur les modes communautaires de partage des risques (mutuelles) ; ce qui nécessitera une revue documentaire sur les expériences existantes et leur évaluation ;
- sensibiliser le personnel de santé, les membres des COGES et les populations aux modes communautaires de partage des risques ;
- soutenir les expériences sur les modes communautaires de partage des risques. Ces expériences doivent bénéficier d'un appui technique, financier et d'un cadre

d'échange d'expériences. Aussi, sera-t-il organisé une évaluation périodique de ces modes.

- renforcer la collaboration avec le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé et les autres ONG œuvrant dans la promotion des mutuelles de santé.

### **Promotion de l'assurance maladie pour les travailleurs du secteur formel**

Les agents de la Fonction publique bénéficient théoriquement d'une couverture sociale, mais dans la pratique, ils sont laissés à eux-mêmes en cas de maladie.

L'institution d'une assurance maladie nécessitera des activités suivantes :

- étudier la faisabilité d'une assurance maladie pour le secteur formel ;
- mettre en œuvre les recommandations de cette étude.

### **Prise en charge des indigents**

Cette catégorie de la population qui est définie à partir d'une enquête sociale, bénéficie de la gratuité de la prise en charge sanitaire conformément aux dispositions du Kiti n°An-VIII-0202/FP/SAN-AS du 8 février 1991 portant base générale de la tarification. Mais les conditions de cette prise en charge ne sont pas définies. Il s'agira de :

- déterminer les critères auxquels devront répondre tous ceux qui peuvent bénéficier d'un certificat d'indigence ;
- définir les conditions de prise en charge de l'indigent ;
- mettre en œuvre les mécanismes de prise en charge des indigents.

## **OBJECTIF INTERMEDIAIRE 7 : ACCROITRE LES FINANCEMENTS EN FAVEUR DU SECTEUR DE LA SANTE**

Un des principaux problèmes auquel est confronté le secteur de la santé est l'insuffisance de ressources financières. Il s'agira de mobiliser davantage de ressources dans une perspective d'amélioration de la santé des populations.

Pour ce faire, les objectifs spécifiques suivants seront poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS.

### **Objectif spécifique 7.1. Mobiliser des ressources financières additionnelles en faveur du secteur de la santé**

L'atteinte de cet objectif exigera un plaidoyer en faveur du financement du secteur de la santé sur ressources internes et le renforcement du partenariat.

### **Augmentation de la part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat**

Les Chefs d'Etat se sont engagés au sommet d'Abuja sur le SIDA en avril 2001, à augmenter le budget de la santé par rapport au budget de l'Etat jusqu'à 15 %.

Néanmoins des actions spécifiques doivent être entreprises telles que faire un plaidoyer à l'endroit de certaines cibles (Assemblée Nationale, Chambre des Représentants, Conseil Economique et Social, collectivités locales, communautés).

## **Renforcement du partenariat**

Il s'agira de mener un plaidoyer à l'endroit des partenaires en vue de mobiliser des ressources supplémentaires auprès des partenaires et opérateurs économiques privés (nationaux et extérieurs) pour venir en appui à l'effort national.

### **Objectif spécifique 7.2. Améliorer le recouvrement des coûts**

Dans les formations sanitaires et dans les hôpitaux en particulier, il y a non seulement une insuffisance de recouvrement des coûts, mais aussi une déperdition des recettes.

Toutefois, il ne s'agira pas d'augmenter à tout prix les recettes, mais plutôt de rétablir l'équité dans la contribution financière des clients.

Les axes d'intervention pour réaliser cet objectif sont les suivants :

#### **Révision de la tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les hôpitaux publics**

Cette révision devra avoir pour objectif de rendre la tarification adaptée, ce qui peut rendre les prestations de soins de santé plus équitables et promouvoir une base financière autonome pour l'amélioration des soins de santé. La relecture de la tarification nécessitera une révision de la nomenclature des actes des professionnels de santé et une étude des coûts des prestations pour la fixation de tarifs dans des limites acceptables.

#### **Réorganisation du circuit de paiement des frais médicaux**

La déperdition des recettes dans les formations sanitaires et notamment dans les hôpitaux relève en partie d'une mauvaise organisation et de manque de structures adéquates et de personnel. Il faudra, pour les hôpitaux :

- définir le circuit de paiement des frais médicaux ;
- restructurer les services de recouvrement des recettes ;
- renforcer les secrétariats médicaux dans les hôpitaux ;
- renforcer les contrôles interne et externe.

### **OBJECTIF INTERMEDIAIRE 8 : RENFORCER LES CAPACITES INSTITUTIONNELLES DU MINISTERE DE LA SANTE**

Le ministère de la santé a pour mission essentielle d'élaborer et de mettre en œuvre une politique en matière de santé en vue de protéger, de restaurer et de promouvoir la santé des populations.

Les insuffisances souvent observées dans l'exécution de sa mission relèvent de plusieurs facteurs qui ne sont pas dues uniquement à la pénurie de ressources mais aussi, à un dysfonctionnement de l'institution.

Pour permettre au ministère de la santé d'assurer ses fonctions, les objectifs à atteindre sont les suivants :

### **Objectif spécifique 8.1. Améliorer le cadre organisationnel du ministère de la santé**

L'organisation actuelle du ministère connaît des insuffisances. Pour y remédier, les axes d'intervention suivants seront développés :

#### **Réorganisation du ministère de la santé**

A partir des attributions définies, il sera nécessaire de réviser et de mettre en œuvre un nouvel organigramme adapté aux fonctions du ministère. Dans cette révision, le ministère pourra exploiter judicieusement les propositions faites dans l'étude réalisée sur son renforcement institutionnel à partir des dysfonctionnements constatés.

Pour la mise en œuvre efficiente du nouvel organigramme, il sera indispensable de décrire les profils des postes de responsabilité pour préciser quel type d'agent peut occuper un poste de responsabilité donné.

#### **Amélioration de la coordination administrative au sein du ministère de la santé**

Les activités nécessaires à l'amélioration de la coordination interne consisteront à :

- élaborer un document de procédures administratives pour formaliser le circuit de l'information afin de faciliter sa circulation. Ceci nécessitera l'identification des informations à fournir aux différents niveaux du système de santé tels que les rapports de mission, de situation épidémiologique ... ;
- contrôler l'application des procédures établies pour rendre effective la coordination interne au sein du ministère ;
- dynamiser les cadres formels de concertation existants à tous les niveaux du système de santé. Pour ce faire, il faudra veiller à la tenue régulière des réunions institutionnalisées et à la mise en œuvre des résolutions et recommandations issues des différentes réunions et rencontres par des contrôles réguliers et des évaluations annuelles.

### **Objectif spécifique 8.2. Renforcer le cadre juridique du ministère de la santé**

Pour faire appliquer la législation et la réglementation sanitaires, les axes d'intervention suivants seront développés.

#### **Mise en place d'un cadre juridique adéquat**

Le cadre juridique doit comprendre des textes adaptés et une structure compétente en matière de droit. Un service législatif a existé au sein du ministère de la santé, mais il n'a jamais été pleinement opérationnel et du reste, il a disparu de l'organigramme actuel.

Les activités à mener pour la mise en œuvre de cet axe d'intervention sont :

- créer un service juridique performant ;
- recruter un juriste et le former en droit de la santé ;
- doter le service en équipements et en documents adéquats ;
- relire les textes juridiques existants du ministère. Pour ce faire, il faudra faire une revue documentaire, identifier les lacunes des textes existants afin de les réviser, recenser les textes manquants y compris les textes d'application de lois et décrets et élaborer de nouveaux textes pour combler les vides juridiques en matière de santé.

### **Renforcement des capacités de contrôle du ministère de la santé**

Le ministère doit être en mesure de faire appliquer les textes législatifs et réglementaires dans le domaine de la santé ainsi que des normes de prestations de services, d'infrastructures, d'équipements et de maintenance. Le renforcement passera par les activités suivantes :

- renforcer l'Inspection Générale des Etablissements et Services de Santé (IGESS) en ressources humaines compétentes et en équipement adéquat par l'affectation de personnel complémentaire, la formation d'inspecteurs de santé publique, l'organisation de formations de courte durée en législation sanitaire pour le personnel en fonction, l'équipement de l'IGESS en matériel informatique, en logistique, en documents... ;
- élaborer / réviser des normes pour tous les niveaux du système de santé. Il existe déjà certaines normes, il s'agira de les réviser éventuellement et d'élaborer les normes complémentaires pour permettre un contrôle efficace ;
- former /recycler les responsables des directions régionales de la santé et des districts au contrôle de l'application des textes et des normes dans la mesure où l'IGESS transfère une partie de ses compétences aux niveaux régional et district.
- impliquer les Ordres professionnels dans la régulation des pratiques professionnelles. Ces Ordres étant les garants des bonnes pratiques des professionnels, ils ont le pouvoir d'appliquer des sanctions disciplinaires et peuvent par conséquent être mis à contribution pour le contrôle de l'application des textes juridiques par la création de cadres de collaboration entre eux et le ministère.  
Ces cadres de collaboration permettront, entre autres, des échanges d'informations sur la situation des établissements sanitaires autorisés ou non, la liste des professionnels de santé inscrits aux différents Ordres... ;
- impliquer les départements ministériels en charge de la sécurité et du contrôle des frontières dans le contrôle de l'application des textes juridiques et des normes.

### **Objectif spécifique 8.3. Accroître les capacités d'administration, de gestion et d'appui technique du ministère de la santé**

L'administration est l'une des fonctions essentielles du système de santé. La performance globale du système de santé dépend en grande partie de l'administration car elle intervient dans les prestations des services et dans la production et la gestion des ressources (humaines, matérielles et financières).

De même, les responsables du ministère doivent être en mesure d'analyser des situations, de formuler des politiques et d'élaborer des plans, d'appuyer techniquement les structures placées sous leur responsabilité.

Une bonne administration exige aussi une communication efficace au sein du ministère de la santé et entre ce dernier et les partenaires extérieurs (partenaires du développement et société civile). Actuellement, cette communication est insuffisante.

Pour réaliser l'objectif ci-dessus, les axes d'intervention sont les suivants :

### **Développement des compétences aux différents niveaux du système de santé**

Le développement des compétences aux niveaux central, régional et districts sera réalisé par les activités suivantes :

- recruter le personnel complémentaire compétent en administration et en gestion/comptabilité ;
- former/recycler les responsables des directions centrales, régionales et des districts en management et en rédaction administrative ;
- former/recycler les responsables des niveaux ci-dessus pour assurer correctement leurs activités techniques (capacité d'analyse, de planification, de gestion...).

### **Rationalisation de l'utilisation des compétences disponibles**

La description des postes et des profils de postes permettra d'utiliser judicieusement les compétences disponibles. Il faudra :

- décrire les postes et les profils liés aux emplois ;
- constituer une banque de données sur les compétences disponibles ;
- élaborer des critères de nomination aux postes de responsabilité ;
- mettre en œuvre le plan de développement des ressources humaines en santé.

### **Amélioration des capacités de communication du ministère**

La communication au sein du ministère et entre ce dernier et les partenaires extérieurs du développement et la société civile est insuffisante et a besoin d'être améliorée. Les activités à mener seront de :

- rendre fonctionnelle la direction de la communication et de la presse ministérielle par une dotation en personnel et en équipement technique. Cette direction est un relais indispensable entre les directions techniques et les organes de presse publics et privés ;
- renforcer les organes de communication du ministère de la santé. Il existe déjà un certain nombre de publications comme le bulletin d'information sur les médicaments (lettre du CEDIM), le Bulletin Epidémiologique et d'Information Sanitaire (BEIS). Un bulletin périodique d'information traitant de l'ensemble des questions de santé pourra informer le public sur les activités du ministère de la santé et servir aussi d'organe d'éducation en matière de santé et de liaison entre les personnels des différents niveaux du système de santé.

## **Promotion de l'approche contractuelle**

L'approche contractuelle, un des outils de mise en œuvre de politique de santé, a déjà fait l'objet de réflexions par le département de la santé. De plus, des expériences concluantes existent sur le terrain. Il importe donc de promouvoir l'approche contractuelle par la réalisation des activités suivantes :

- élaborer une stratégie nationale en la matière ;
- élaborer un canevas de contrat entre le ministère de la santé et les intervenants;
- suivre et évaluer l'utilisation de l'outil approche contractuelle.

## **Objectif spécifique 8.4. Améliorer la coordination des interventions dans le secteur de la santé**

De nombreux partenaires bilatéraux et multilatéraux ainsi que des ONG et Associations interviennent dans le secteur de la santé. Mais les interventions de tous ces partenaires ne sont pas toujours en synergie pour un développement équitable et global du secteur de la santé. Une coordination efficace est donc nécessaire. Pour ce faire, il faudra mettre en œuvre les axes d'intervention suivants :

### **Renforcement des mécanismes de coordination des interventions des partenaires du développement sanitaire**

La procédure d'intervention des partenaires bilatéraux et multilatéraux est codifiée. Il existe aussi une procédure d'établissement des ONG internationales au Burkina, mais toutes ne respectent pas les démarches pour intervenir dans le secteur de la santé.

Pour avoir une coordination efficace des interventions extérieures, le ministère mènera les activités suivantes :

- élaborer et diffuser un document cadre portant conditions d'intervention des ONG et associations dans le secteur de la santé ;
- constituer et mettre à jour régulièrement un répertoire de tous les intervenants dans le secteur de la santé ;
- constituer une banque de données sur les protocoles /conventions et les programmes /projets dans le secteur de la santé ;
- dynamiser/mettre en place des cadres de concertation entre le ministère de la santé et les partenaires ainsi que des cadres de suivi /évaluation des interventions des partenaires. Cette activité nécessitera l'identification et l'évaluation du fonctionnement des cadres existants et l'étude de l'opportunité de la création d'autres cadres ;



- créer des réseaux d'échanges d'informations dans lequel le courrier électronique pourra jouer un rôle important.

### **Promotion de l'approche sectorielle dans la mise en œuvre du PNDS**

La promotion de l'approche sectorielle pour le développement sanitaire a pour but d'amener les partenaires à soutenir des politiques et des stratégies de développement définies au niveau national plutôt que des projets spécifiques.

Cette promotion se fera par les activités suivantes :

- faire un plaidoyer auprès des partenaires pour l'adoption de l'approche sectorielle du développement sanitaire ; le processus participatif d'élaboration des documents de la PSN et du PNDS constitue le premier élément du plaidoyer auprès des partenaires pour l'adoption de cette approche sectorielle ;
- renforcer l'implication des partenaires du développement sanitaire dans la définition des politiques, dans la planification, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions de santé ;
- identifier avec le Ministère de l'Economie et des Finances les implications de l'approche sectorielle dans les modalités de financement et de gestion du système de santé ;
- élaborer un manuel de procédures de gestion commun à tous les partenaires ;
- élaborer un guide d'utilisation du manuel de procédures de gestion ;
- renforcer les structures de gestion à tous les niveaux du système de santé (recrutement de personnel, formation, outils de gestion...).

### **Objectif spécifique 8.5. Renforcer la collaboration intersectorielle**

La collaboration intersectorielle et la coordination des activités ayant un impact sur la santé sont insuffisantes alors qu'il persiste des problèmes de santé publique dont la résolution ne relève pas seulement du secteur de la santé (problèmes d'hygiène et d'assainissement, de fourniture d'eau potable, mauvais état nutritionnel, persistance de pesanteurs socioculturelles...). L'insuffisance de la collaboration intersectorielle limite l'efficacité de l'utilisation des ressources.

Pour atteindre l'objectif ci-dessus, les axes d'intervention à développer par le ministère sont :

#### **Renforcement des cadres de concertation /collaboration**

Le renforcement des cadres de concertation et de collaboration se fera par la réalisation des activités suivantes :

- faire un plaidoyer auprès des autres ministères pour la résolution des problèmes de santé dans un cadre multisectoriel ;
- créer /dynamiser les cadres formels de concertation /collaboration existants aux niveaux central, régional et district par un plaidoyer en faveur de l'intégration des actions de développement. Ceci nécessitera l'identification des cadres existants et l'évaluation de leur fonctionnement ;

- renforcer les échanges d'informations entre le ministère de la santé et les ministères connexes dans le domaine des activités sanitaires.

### **Promotion de mécanismes de planification intégrée**

Cette promotion nécessitera la réalisation des activités suivantes :

- impliquer les départements ministériels connexes dans un processus de planification intégrée, dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions de santé à tous les niveaux du système de santé ;
- apporter l'appui du ministère de la santé aux départements ministériels connexes menant des actions de santé (appui en planification, dans la mise en œuvre et l'évaluation, apport de ressources...) ; ceci nécessitera la constitution d'une banque de données à tous les niveaux du système de santé sur les activités de santé ou les activités ayant un impact sanitaire des différents départements ministériels ;

## **VI. Mise en œuvre**

### **6.1. Facteurs favorables**

La mise en œuvre du PNDS sera facilitée par l'existence d'un certain nombre de facteurs favorables qui devront être capitalisés.

#### **➤ Existence d'une volonté politique en faveur du développement sanitaire**

L'adoption de choix tendant à la promotion de la santé des populations a toujours constitué une préoccupation pour les responsables de notre pays. Ainsi la volonté politique maintes fois affirmée par les autorités nationales de faire de la santé un secteur prioritaire s'est traduite par :

- la reconnaissance du droit à la santé des populations par la Constitution du Burkina du 2 juin 1991 ;
- la poursuite du recrutement des professionnels de santé pendant les périodes d'ajustement structurel ;
- les importantes réformes intervenues dans le secteur de la santé ;
- l'implication croissante du secteur sanitaire privé et la valorisation de la médecine et pharmacopée traditionnelles ;
- la définition d'un volet santé dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ;
- l'adoption de l'initiative 20/20 ;
- la lettre d'intention de politique de développement humain durable du Gouvernement qui met l'accent sur les secteurs sociaux, etc.

Le couronnement de cette volonté politique a été consacré par l'adoption récente d'une Politique Sanitaire Nationale (PSN), définissant les mission et vision du système de santé et les orientations stratégiques à long terme.

Dans la suite logique de la PSN, cette volonté politique devrait constituer un atout de premier ordre pour la mise en œuvre du PNDS.

➤ **Existence d'une carte sanitaire nationale**

La perspective du développement sanitaire repose avant tout sur une connaissance parfaite des structures de santé dont on dispose et leur répartition sur le territoire national.

La carte sanitaire, malgré quelques insuffisances, est sans conteste un outil indispensable à la planification de la couverture sanitaire et à l'instauration d'une plus grande équité dans l'allocation des ressources internes et externes.

➤ **Option de décentralisation**

La décentralisation du système de santé en régions et en districts sanitaires dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins et leur qualité est une réalité. Le processus amorcé au sein du département avec la création des districts sanitaires, sera renforcé et étendu à l'ensemble des acteurs au niveau national. La décentralisation territoriale qui consacre les collectivités comme entités décentralisées est en cours.

➤ **Important capital d'expériences en matière de participation communautaire**

Le Burkina a connu plusieurs formes de participation communautaire dans divers domaines du développement national en général et dans le domaine de la santé en particulier. Cette importante implication des populations a été facilitée par la mise en place des organisations à base communautaire tels les COGES.

De nombreuses stratégies de mise en œuvre du PNDS reposant sur l'implication des communautés dans l'effort de gestion des problèmes de santé et leur participation à l'offre de services, bénéficieront de cet important capital d'expériences.

➤ **Existence de soutien au développement sanitaire par de nombreux partenaires**

Le pays bénéficie depuis longtemps du soutien important de nombreux partenaires pour son développement et particulièrement celui des secteurs sociaux de base comme la santé.

Depuis l'élaboration des documents de la table ronde des secteurs sociaux, l'engagement des partenaires aux côtés du ministère de la santé a été constant. Il s'est concrétisé davantage durant tout le processus d'élaboration des documents de la PSN et du PNDS.

➤ **Existence de manuels de procédures de gestion financière**

Le Burkina Faso dispose dans le cadre de la mise en œuvre des différents projets de développement sanitaire, de plusieurs manuels de procédures de gestion dont

l'exploitation permettra une harmonisation en vue de l'élaboration d'un manuel unique.

➤ **Existence d'une politique de médicaments essentiels et génériques et d'un Laboratoire National de Santé Publique**

Le pays dispose d'une politique de médicaments essentiels et génériques avec une structure nationale d'approvisionnement auxquelles est venu s'ajouter un Laboratoire National de Santé Publique qui sera chargé entre autres du contrôle de la qualité des MEG.

➤ **Approche sectorielle pour la santé**

Le ministère de la santé a amorcé des échanges sur la question avec différents partenaires au développement sanitaire. L'approche sectorielle permettra une mise en œuvre harmonieuse du PNDS en respectant l'équilibre régional et l'équité.

## **6.2. Contraintes**

Les contraintes à la mise en œuvre du PNDS sont constituées par les éléments ci-dessous :

➤ **Situation économique difficile**

Dans le contexte général de pauvreté du pays, le financement de la santé est confronté à de nombreuses difficultés parmi lesquelles la faible capacité à supporter les investissements et les coûts de fonctionnement, et la faible accessibilité financière des services aux populations. La mise en œuvre du PNDS devra être basée sur des choix de stratégies appropriées afin de minimiser les coûts des interventions sanitaires et de permettre l'accès du plus grand nombre aux services de santé.

➤ **Faible capacité gestionnaire des structures décentralisées**

Le transfert de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales, s'il ne s'accompagne pas d'un renforcement des compétences de ces structures en management, pourrait constituer un facteur de ralentissement du processus de décentralisation sanitaire en cours.

➤ **Faible niveau d'instruction des populations**

Le faible niveau général d'instruction des populations diminue l'impact des activités de prévention et de promotion de la santé par l'inaccessibilité de la majorité des populations à l'information et à l'acquisition d'attitudes favorables à la santé.

➤ **Pesanteurs socioculturelles**

Les pesanteurs socioculturelles sont à la base d'un certain nombre de comportements néfastes à la santé de certains groupes de la population comme les femmes et les enfants.

Cela se traduit entre autres, par la persistance de certaines pratiques traditionnelles telles : l'existence de tabous alimentaires, la pratique de l'excision, les violences domestiques.

#### ➤ **Caractère multisectoriel des solutions aux problèmes de santé**

La résolution des problèmes de santé est rendue complexe du fait de leur caractère multisectoriel, nécessitant l'intervention d'autres secteurs du développement aux priorités différentes.

### **6.3. Conditions de succès**

La mise en œuvre du PNDS est tributaire de certaines conditions qui sont en mesure de garantir en grande partie son succès. Au nombre de ces conditions, les plus importantes sont :

#### ➤ ***La bonne gouvernance :***

L'amélioration des conditions de bonne gouvernance devrait se traduire par une plus grande transparence et par une plus grande équité, toutes choses qui vont contribuer à renforcer la confiance des partenaires et l'adhésion des communautés pour la mise en œuvre du PNDS.

#### ➤ ***Le renforcement institutionnel :***

Dans le cadre du renforcement institutionnel, une attention spéciale doit être portée sur le rôle et la place des ressources humaines, une prise en compte des conditions de travail des agents de santé. En effet, l'amélioration de la performance du système national de santé est liée en grande partie au niveau de développement des ressources humaines à savoir, leur qualification technique, leur civisme et leur degré de motivation.

Le succès de la mise en œuvre du PNDS nécessitera une réorganisation du ministère de la santé et un renforcement des mécanismes de coordination technique et administrative

### **6.4. Administration de la mise en œuvre du PNDS**

L'administration de la mise en œuvre du PNDS sera assurée aux trois niveaux du système national de santé.

#### ➤ ***Au niveau central***

Deux organes assureront la responsabilité de la mise en œuvre du plan : un comité de pilotage et un comité de suivi.

#### **le comité de pilotage**

Le ministère de la santé mettra en place un comité de pilotage chargé de l'administration de la mise en œuvre du PNDS. En attendant le renforcement de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) et de la Direction des Affaires Financières (DAF), ce comité sera autonome et rattaché au Secrétariat Général auquel il rendra régulièrement compte. Il devra :

- veiller à la mise en œuvre du PNDS ;
- assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans et programmes ;
- donner des avis techniques sur les requêtes de financement ;
- suivre le déblocage des fonds et la transmission des justificatifs aux différents partenaires ;
- organiser les revues annuelles de bilans ;
- assurer le suivi et les évaluations des plans et programmes inscrits au titre du PNDS ;
- élaborer les rapports trimestriels d'exécution du PNDS ;
- préparer l'adoption des différents plans (triennaux, annuels) et programmes par le comité de suivi.

En outre, il sera appelé à rendre compte de l'état d'avancement de l'exécution du PNDS lors de certaines rencontres périodiques comme les conférences des partenaires, les CASEM, les conférences des DRS...

Le comité de pilotage sera constitué de 5 membres bien avisés du processus de mise en œuvre des plans.

### **Le Comité de suivi**

Le comité de suivi est présidé par le ministre de la santé. Il est composé des représentants :

- du Ministère de la Santé,
- des départements ministériels connexes,
- des partenaires au développement sanitaire.

Il est chargé de :

- adopter les différents plans annuels et triennaux ;
- arbitrer les allocations des ressources ;
- apprécier les rapports d'étape du comité de pilotage (rapports techniques et financiers) ;
- donner des directives au comité de pilotage ;
- valider les résultats des évaluations internes et externes.

Le comité de suivi se réunit une fois tous les six mois et le secrétariat des rencontres est assuré par le comité de pilotage.

➤ **Au niveau intermédiaire**

Le niveau intermédiaire par l'entremise des DRS assure :

- l'appui technique nécessaire aux districts dans l'élaboration des plans annuels et le suivi de leur mise en œuvre ;
- l'élaboration du plan d'action de la DRS ;
- l'organisation des rencontres de suivi de l'exécution des plans ;
- l'évaluation des plans d'actions.

➤ **Au niveau périphérique**

Les ECD sont responsables de :

- l'élaboration des plans annuels des districts en prenant en compte les micro-plans des CSPS élaborés avec les COGES ;
- l'organisation des ateliers d'adoption des plans par les CSD ;
- la mise en œuvre et le suivi des plans annuels ;
- l'élaboration de rapports trimestriels d'étape.

**6.5. Financement du PNDS**

Les sources de financement sont le budget de l'Etat et de ses démembrements, les ressources de la communauté, le secteur privé et l'apport des partenaires.

Pour ce qui concerne les modalités de financement, l'approche sectorielle serait la mieux indiquée, de sorte que tous les intervenants tiennent compte des priorités du PNDS pour un financement global du plan et pour assurer l'équité dans l'offre de soins à l'endroit des populations.

**VII. Evaluation**

L'évaluation du plan national de développement sanitaire se fera par :

➤ **Les évaluations en cours d'exécution**

Les évaluations en cours d'exécution seront annuelles pour les plans annuels et triennales à la fin de chaque tranche triennale.

Les évaluations annuelles seront internes et se feront sur la base de l'exploitation des rapports suivants :

- rapports d'exécution des plans des directions et des districts sanitaires ;
- rapports de supervision périodique de chaque échelon par l'échelon immédiatement supérieur ;

- audits des activités sanitaires ;
- audits financiers et comptables.

Les évaluations triennales seront internes et externes et se feront non seulement par l'exploitation des éléments ci-dessus cités, mais également par des enquêtes.

Les indicateurs retenus sont entre autres :

- des indicateurs de résultats en rapport avec les interventions programmées : taux de réalisation des intrants et des extrants ;
- des indicateurs de couverture en rapport avec les programmes prioritaires tels que la santé de la reproduction et le contrôle des endémo-épidémies : taux de couverture vaccinale, taux d'incidence et de prévalence des endémo-épidémies etc.

### ➤ **L'évaluation finale**

L'évaluation finale sera externe, avec la participation des partenaires au développement. Elle se fera par des enquêtes quantitative et qualitative.

- **L'enquête quantitative** s'intéressera aux résultats, à la couverture et à l'impact des actions programmées.  
Les indicateurs de résultats et de couverture sont les mêmes que ceux retenus pour les évaluations triennales.  
Quant aux indicateurs d'impact, ils sont en rapport avec la morbidité et la mortalité.
- **L'enquête qualitative** permettra d'avoir l'appréciation des services de santé par les bénéficiaires, notamment, leur niveau de satisfaction par rapport à la qualité des soins (accueil, accessibilité financière aux services, prise en charge des indigents...). Cette appréciation sera comparée aux résultats de l'étude sur l'appréciation par les bénéficiaires des interventions de santé au Burkina Faso, réalisée avant la mise en œuvre du PNDS.