

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE 2011-2020**

2011



PNDS

SOMMAIRE

PREFACE	VI
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	VII
RÉSUMÉ	IX
INTRODUCTION	1
I. GENERALITES SUR LE BURKINA FASO	2
1.1. DONNEES GEOGRAPHIQUES ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE	2
1.2. DONNEES DEMOGRAPHIQUES	2
1.3. DONNEES ECONOMIQUES	2
1.4. REFERENTIELS AU PLAN NATIONAL	3
II. SITUATION SANITAIRE	4
2.1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION	4
2.1.1. Santé de la femme	4
2.1.2. Santé de l'enfant	5
2.1.3. Santé des adolescents et des jeunes	5
2.1.4. Santé des personnes âgées	5
2.1.5. Principaux déterminants de la santé	5
2.2. FORCES, FAIBLESSES ET DEFIS DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE	6
2.2.1. Leadership et gouvernance	6
2.2.2. Prestations de services et de soins	8
2.2.3. Ressources humaines pour la santé	9
2.2.4. Produits de sante, médicaments, consommables médicaux et vaccins	10
2.2.5. Infrastructures, équipements et maintenance	12
2.2.6. Système national d'information sanitaire	13
2.2.7. Recherche pour la santé	14
2.2.8. Financement de la santé	14
2.3. LEÇONS APPRISSES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2001-2010	17
2.3.1. La conception d'un développement sanitaire national reste complexe	17
2.3.2. L'existence d'un cadre institutionnel de mise en œuvre pertinent pour le PNDS dans une approche sectorielle est essentielle	18
2.3.3. Un processus efficace dans la planification des interventions reste essentiel à mettre en place	18
2.3.4. La mise en œuvre des initiatives innovantes en matière de financement de la santé est indispensable	18
2.3.5. Le lien entre les efforts produits et les résultats attendus n'est pas systématique	19
2.3.6. Le contexte général de mise en œuvre est relativement instable et détermine fortement les performances	20
2.3.7. La perspective d'atteindre les OMD est encore relativement lointaine	20
2.3.8. Malgré toutes ces considérations, des progrès significatifs sont observés à travers la mise en œuvre du PNDS	20
III. PROBLEMES PRIORITAIRES	22
IV. RAPPEL DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE	24
4.1. VISION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE	24
4.2. FONDEMENTS, VALEURS ET PRINCIPES	24
4.3. ORIENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE	25
4.4. RESULTATS ATTENDUS	25
V. OBJECTIFS, AXES D'INTERVENTION, ACTIONS PRIORITAIRES DU PNDS 2011-2020	26
VI. MISE EN ŒUVRE	36

6.1. CADRE INSTITUTIONNEL _____	36
6.1.1. <i>Conseil supérieur de la santé (CSS)</i> _____	36
6.1.2. <i>Comité de Suivi</i> _____	36
6.1.3. <i>Secrétariat Permanent du PNDS (SP/PNDS)</i> _____	37
6.2. PROCESSUS DE PLANIFICATION _____	37
6.3. SUIVI ET EVALUATION _____	37
VII. FINANCEMENT DU PNDS 2011-2020 _____	39
7.1. ESTIMATION DU COUT _____	39
7.1.1. <i>Cadrage budgétaire</i> _____	39
7.1.2. <i>Hypothèses d'estimation</i> _____	39
7.1.3. <i>Coût prévisionnel global</i> _____	40
7.2. MODALITES DE GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES MOBILISEES _____	41
7.3. DISPOSITIF DE CONTROLE DE LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES _____	41
ANNEXES _____	42
ANNEXE 1 : SCENARII DE FINANCEMENT DE LA SANTE A PARTIR DU BUDGET PAR TETE D'HABITANT _____	42
ANNEXE 2 : PROJECTION DE LA POPULATION POUR LES 10 PROCHAINES ANNEES _____	48
ANNEXE 3 : IMPACT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2011-2020 _____	49

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : ÉVOLUTION DE QUELQUES INDICATEURS ESSENTIELS UTILISÉS POUR LE SUIVI DU PNDS 2001-2010.....	21
TABLEAU 2 : OBJECTIFS SPÉCIFIQUES PAR AXES D'INTERVENTION ET ACTIONS PRIORITAIRES	26
TABLEAU 3 : NIVEAU ATTENDU DES OMD AVEC LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2011-2020 EN 2010 ET EN 2015	39
TABLEAU 4 : COUT PRÉVISIONNEL DU PNDS PAR ORIENTATION STRATÉGIQUE ET PAR ANNÉE	40

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CONTACTS PAR HABITANT ET PAR AN DE 2001 A 2010	8
FIGURE 2 : ÉVOLUTION DU TAUX D'ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR UN PERSONNEL QUALIFIE DE 2006 A 2010.....	8
FIGURE 3 : ÉVOLUTION DE LA PART CONTRIBUTIVE DES MENAGES AU FINANCEMENT DES DEPENSES TOTALES DE SANTE	16

PREFACE

Depuis plusieurs décennies, le Burkina Faso s'est engagé dans un processus de planification sectorielle en matière de santé dans le souci de répondre efficacement aux problèmes de santé qui entravent le développement du pays.

La mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire 2001 -2010 a permis d'obtenir des résultats significatifs en termes d'amélioration de la couverture, de la qualité et de l'utilisation des services . Cela s'est traduit par une amélioration constante des indicateurs d'utilisation des services préventifs et curatifs. L'offre des services de santé s'est également améliorée notamment l'assistance des accouchements par du personnel qualifié, la prise en charge des urgences obstétricales, la lutte contre les épidémies, l'immunisation avec l'introduction de nouveaux vaccins de même que la prise en charge des maladies endémo-épidémiques.

Malgré ces progrès, il existe un certain nombre de défis qu'il convient de relever afin de permettre un accès universel aux soins de santé de qualité. Ces défis sont entre autres, le renforcement des mesures visant à lever la barrière financière aux soins de santé, une plus grande mobilisation des ressources financières en faveur de la santé, une disponibilité en ressources humaines de qualité motivées et en quantité suffisante, l'application effective des mesures de transfert des compétences et des ressources aux collectivités locales, et le renforcement des performances du système de santé notamment au niveau de l'offre de soins dans les hôpitaux et dans la communauté ainsi qu'au plan de la gouvernance.

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020) s'inscrit dans une double perspective : relever les défis ci-dessus évoqués et accélérer l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Ce plan a été élaboré selon une approche participative avec une implication de tous les acteurs du secteur à différents niveaux du système de santé: les professionnels de la santé, les secteurs connexes, la société civile y compris les ONG et associations, le secteur privé, les ordres professionnels, les collectivités locales et les partenaires au développement. Il se propose de trouver des solutions aux différents problèmes du secteur par le renforcement du système de santé grâce à une combinaison pertinente de la promotion de l'offre et de la demande. En outre, une collaboration multisectorielle permettra d'exploiter toutes les opportunités en faveur de la santé.

Le PNDS 2011-2020 s'inscrit dans la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) du gouvernement et constitue un instrument précieux pour le développement du capital humain en vue de la croissance et du développement durable. Il est le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Aussi, je les exhorte tous à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

Le Ministre de la santé

Pr. Adama TRAORE./-
Chevalier de l'ordre national

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGEMAB	Agence des équipements et de la maintenance biomédicale
ASC	Agent de santé communautaire
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSE	Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CPN	Consultation prénatale
CRTS	Centre régional de transfusion sanguine
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DGIEM	Direction générale des infrastructures, de l'équipement et de la maintenance
DGISS	Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires
DGS	Direction générale de la santé
DPBF	Distribution pharmaceutique du Burkina Faso
DRS	Direction régionale de la santé.
EDS	Enquête démographique et de santé
ENP	Etude nationale prospective
FARES	Fonds d'appui à la recherche en santé
IDH	Indice de développement humain
IEC/CCC	Information éducation communication/Communication pour le changement de comportement
ISDA	Infusia santé diffusion Afrique
IST	Infection sexuellement transmissible
LNSP	Laboratoire national de santé publique
OBC	Organisation à base communautaire
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PADS	Programme d'appui au développement sanitaire
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PSL	Produits sanguins labiles
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant

PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RHS	Ressources humaines pour la santé
SBC	Service à base communautaire
SCADD	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SNAT	Schéma national d'aménagement du territoire
SNIS	Système national d'information sanitaire
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SSP	Soins de santé primaires
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VAA	Vaccin anti-amaril
VAT	Vaccin anti-tétanique
VAR	Vaccin anti-rougeoleux
VIH	Virus de l'immunodéficience humain

RESUME

Le système national de santé du Burkina Faso s'est construit depuis les années 1960 à travers plusieurs réformes visant à le rendre plus performant. La Politique sanitaire nationale adoptée en 2000 et mise en œuvre à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 a été révisée en vue de prendre en compte les changements intervenus au cours des dix (10) dernières années. Cela a conduit à l'élaboration d'une Politique nationale de santé (PNS) et d'un PNDS 2011- 2020.

La PNS se fonde sur les principes des soins de santé primaires et les valeurs d'équité, de justice sociale, de solidarité, de redevabilité, d'éthique, de probité, de respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que de l'approche genre et de la bonne gouvernance. La vision de la santé s'y décline comme « le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système national de santé performant ».

L'élaboration du PNDS 2011- 2020 a suivi un processus participatif et inclusif comprenant les étapes clés suivantes : i) l'analyse de la situation sanitaire nationale qui a été validée par un atelier de consensus regroupant les responsables du ministère de la santé, les autres départements ministériels, les partenaires techniques et financiers, les organisations non gouvernementales (ONG), les associations et les autres acteurs de la société civile, ii) l'élaboration d'un projet de Politique nationale de santé par un comité technique qui a été validé lors d'une réunion de cabinet et par le comité de pilotage du processus avant son adoption par le gouvernement, iii) l'élaboration d'un projet de document de PNDS 2011-2020 par une équipe technique. Ce document a été amendé par un comité scientifique avec la participation des partenaires techniques et financiers. Il a ensuite été validé par le comité de pilotage avant son adoption par le gouvernement.

Instrument de la mise en œuvre de la PNS, le PNDS entend résoudre les problèmes prioritaires ci-après : i) une collaboration inter sectorielle insuffisante et une faible performance du système de santé en termes de gouvernance et de prestations de services, ii) un état de santé de la population caractérisé par une forte charge de morbidité et une surmortalité chez la mère et l'enfant, iii) une qualité et une sécurité sanitaire des aliments peu satisfaisantes, iv) des ressources humaines caractérisées par leur insuffisance en quantité et en qualité et leur gestion peu performante, v) des produits de santé (médicaments, consommables, vaccins, produits sanguins) caractérisés par leur insuffisance en qualité et en couverture des besoins, vi) des infrastructures, des équipements et une logistique caractérisés par leur insuffisance en couverture et en maintenance, vii) une gestion peu performante du système d'information sanitaire, viii) une recherche pour la santé insuffisamment coordonnée et une faible utilisation des résultats pour la prise de décision, ix) un financement insuffisant de la santé et une gestion peu rationnelle des ressources allouées.

S'inscrivant dans la vision de la PNS, le but du PNDS 2011-2020 est de contribuer au bien-être des populations d'ici à 2020. Son objectif général est l'amélioration de l'état de santé de ces populations dans un contexte marqué par l'impératif de l'atteinte des OMD et par

les perspectives nationales de développement définies à travers la SCADD 2011-2015, le Schéma national d'aménagement du territoire (SNAT), l'Etude nationale prospective « Burkina 2025 ».

Au plan de sa structuration, le PNDS est organisé autour des huit orientations stratégiques de la PNS qui sont :

- ✓ le développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- ✓ l'amélioration des prestations de services de santé ;
- ✓ le développement des ressources humaines pour la santé ;
- ✓ la promotion de la santé et lutte contre la maladie ;
- ✓ le développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ;
- ✓ l'amélioration de la gestion du système d'information sanitaire ;
- ✓ la promotion de la recherche pour la santé ;
- ✓ l'accroissement du financement de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

Chacune de ces orientations stratégiques est traduite en objectifs spécifiques, en axes d'interventions et en actions prioritaires.

La mise en œuvre du PNDS 2011-2020 se fondera sur une approche sectorielle à tous les niveaux du système national de santé, en fonction des attributions de chacun et de manière conjointe avec l'ensemble des acteurs. Cette approche sectorielle vise à i) renforcer davantage le leadership du gouvernement dans la conduite d'un programme unique autour duquel adhère l'ensemble des partenaires ii) renforcer le partenariat et une mobilisation coordonnée des ressources en faveur du PNDS, iii) mettre en œuvre l'harmonisation fiduciaire des mécanismes de l'aide au développement et iv) renforcer la coordination technique.

Des plans triennaux seront élaborés en déclinant les actions prioritaires retenues en activités opérationnelles.

Le dispositif institutionnel de mise en œuvre sera révisé et verra la création i) du Conseil supérieur de la santé, instance nationale de pilotage, ii) d'un Comité de suivi chargé de l'administration de la mise en œuvre du PNDS. Sous la présidence du ministre de la santé, ce comité qui regroupe des acteurs et des partenaires techniques et financiers du ministère de la santé aura la mission de coordonner l'exécution des différents plans et programmes, de donner des avis techniques sur la mise en œuvre des plans annuels, d'organiser les revues annuelles, de valider les rapports de progrès du PNDS et d'adopter les différents plans (triennaux, annuels). En outre, un Secrétariat permanent du PNDS (SP/PNDS) coordonnera la mise en œuvre du PNDS 2011-2020 et du Compact national. Le PNDS 2011-2020 est accompagné d'un plan spécifique de suivi et d'évaluation pour assurer un suivi optimal de sa mise en œuvre. De ce fait, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du PNDS seront réalisées.

Le cadrage financier du PNDS 2011-2020 s'est fait sur la base des données programmatiques utilisant l'outil de budgétisation marginale pour lever les goulots d'étranglements (MBB). La budgétisation s'est appuyée sur un scénario basé sur la

maîtrise de l'inflation en dessous du seuil de 3% ; ce qui devrait aboutir à la variation du budget de la santé par tête d'habitant de 2,5% en moyenne par an durant la période. Ce scénario a permis de dégager un budget prévisionnel du PNDS 2011 - 2020 à 5 705,72 milliards de F.CFA, soit 12,68 milliards de dollar US.

La gestion des ressources financières du PNDS 2011-2020 respectera les principes de base de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide publique au développement qui sont : i) l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS, ii) l'utilisation des procédures nationales de gestion, iii) l'harmonisation des principes d'intervention, iv) la gestion axée sur les résultats, v) la responsabilité mutuelle, à travers des mécanismes de suivi et de contrôle renforcés.

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, le système national de santé s'est construit progressivement depuis les années 1960 à travers plusieurs réformes censées le rendre plus performant. Le gouvernement est convaincu que la santé est une composante déterminante du développement national et que la santé et le bien-être sont des objectifs primordiaux du développement lui-même.

Compte tenu des changements importants intervenus aux plans national et international, il s'est avéré nécessaire de réviser la politique sanitaire nationale adoptée en 2000 et d'en élaborer un plan d'opérationnalisation du fait que le PNDS 2001-2010 est à terme.

Un processus participatif a été utilisé pour la révision de cette politique et pour l'élaboration du présent plan. Il a connu les étapes clé suivantes :

- l'analyse de la situation sanitaire nationale qui a été validée par un atelier de consensus regroupant les responsables du ministère de la santé, les autres départements ministériels, les partenaires techniques et financiers, les associations, les organisations non gouvernementales (ONG) et les autres acteurs de la société civile ;
- l'élaboration par un comité technique d'un projet de politique nationale de santé qui a été validé par le cabinet et le Comité de pilotage du processus avant son adoption par le gouvernement ;
- l'élaboration d'un projet de document de PNDS 2011-2020 par une équipe technique. Ce document a été amendé par le Comité scientifique et validé par le Comité de pilotage avant son adoption par le gouvernement.

Au plan conceptuel, le PNDS 2011-2020 est l'instrument de mise en œuvre de la Politique nationale de santé (PNS). Dans cette perspective, il est organisé autour des huit orientations prioritaires retenues dans la Politique nationale de santé. Chacune de ces orientations stratégiques est traduite en axes d'interventions et en actions prioritaires.

Pour sa mise en œuvre, des plans triennaux seront élaborés en déclinant les actions prioritaires retenues en activités opérationnelles.

Le présent PNDS 2011-2020 est accompagné d'un plan de suivi et d'évaluation pour assurer un suivi optimal de sa mise en œuvre.

I. GENERALITES SUR LE BURKINA FASO

1.1. DONNÉES GÉOGRAPHIQUES ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, pays continental, s'étend sur une superficie de 274 200 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat est de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ 7 mois (d'octobre à avril). Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, de sécheresse mais aussi à l'harmattan ainsi qu'à une chaleur parfois très importante.

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages. La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

1.2. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

En 2006, selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants avec une densité d'environ 51,8 habitants au km², elle croît à un rythme de 3,1% l'an (RGPH 2006). Les femmes représentaient 51,7% contre 48,3% d'hommes de la population globale.

La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural de l'agriculture et de l'élevage. En 2010, la population est estimée à 15 730 977 habitants (source INSD, 2008).

Le taux brut de natalité était de 46 pour mille. La population est essentiellement jeune. La tranche de 0 à 15 ans est de 46,4%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,2 pour l'ensemble du pays.

1.3. DONNÉES ÉCONOMIQUES

Avec un revenu national brut par habitant estimé en 2008 à 1215 \$ US par an, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés. Selon le rapport du Programme des nations unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain, le pays occupe le 161^{ème} rang sur 169 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0.305 en 2010.

Les ambitions de croissance de l'économie burkinabè au cours de ces cinq dernières années ont été fortement contrariées par les sévères crises énergétique, alimentaire et financière.

L'économie du pays reste par ailleurs, marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externes (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix pour les produits alimentaires).

Le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par adulte et par an en 2009. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9% au niveau national. Il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les

différentes régions du pays (17,3% au Centre la moins pauvre, et pour les plus pauvres 68,1% au Nord, 62,2% à l'Est et 56% dans la Boucle du Mouhoun)¹.

Sur le plan des équilibres financiers, le Burkina Faso a maîtrisé son déficit budgétaire. Cet équilibre est le résultat de la conjonction des efforts d'amélioration du niveau des recettes propres et de maîtrise de celui des dépenses publiques. En effet, la pression fiscale (recettes fiscales/PIB) est passée de 10,8% en 2000 à 12,6% en 2009 mais reste en dessous du seuil minimum de 17% fixé par l'UEMOA. Par ailleurs le niveau moyen de l'inflation est resté en dessous de la norme communautaire de 3% en dépit des crises alimentaire et énergétique de 2007- 2008.

Pour garantir les conditions d'atteinte des OMD, le financement des secteurs sociaux a été priorisé. Ainsi, la part de l'ensemble des secteurs sociaux s'est établie à 38,66% en moyenne annuelle sur la période 2006-2010 avec un pic de 44,64% pour 2010.

Les équilibres extérieurs sont restés fragiles en raison de l'instabilité de l'économie. Toutefois, du fait des efforts déployés pour la promotion des exportations, le déficit commercial est passé de 11,9% du PIB en 2000 à 5,8% en 2009.

Selon les projections de croissance attendues de la mise en œuvre de la SCADD, le taux de croissance du PIB passera de 8,5% en 2011 à 10,8% en 2015.

1.4. RÉFÉRENTIELS AU PLAN NATIONAL

Au Burkina Faso, les perspectives nationales de développement sont contenues dans les documents cadres suivants :

- la SCADD 2011 – 2015. Sa vision, intitulée « le Burkina Faso, une économie productive qui accélère la croissance, augmente le niveau de vie, améliore et préserve le cadre et le milieu de vie, au moyen d'une gouvernance avisée et performante », se focalise sur les priorités de croissance économique et les aspirations à une meilleure qualité de vie de la population ;
- le Schéma national d'aménagement du territoire (SNAT) . Il vise à donner une vision d'ensemble à l'espace national, à clarifier les destinations et les usages de chaque portion du territoire et à permettre en définitive un développement harmonieux de l'ensemble du territoire ;
- l'Etude nationale prospective « Burkina 2025 ». Cette étude procède d'une analyse des politiques et stratégies passées et actuelles pour dégager une vision et des perspectives sociales qui passent par l'intégration du Burkina dans les ensembles régionaux et sous régionaux, l'adoption d'un système plus équilibré basé sur l'exploitation judicieuse des richesses disponibles et la satisfaction des besoins vitaux minima des populations ;
- la Politique nationale de santé (PNS) élaborée en 2010 qui donne les différentes orientations en matière de santé au Burkina Faso.

¹ EICVM 2009-2010 INSD(données provisoires)

II. SITUATION SANITAIRE

2.1. ETAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique élevés.

Les enquêtes font apparaître un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 11,8‰ en 2006.

La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables. En effet, le ratio de mortalité maternelle était de 484 pour 100 000 naissances vivantes². Il est de 307,3 pour 100 000 naissances vivantes³. Selon la même source, le taux de mortalité infantile est de 91,7 pour 1000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 141,9 pour 1000 naissances vivantes.

L'espérance de vie à la naissance est passée de 36,7 ans en 1960, à 50,4 ans en 2000 et à 57 ans en 2008, soit une augmentation de 20,3 ans⁴.

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, le VIH, le Sida, les IST, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées. En outre, le Burkina Faso est régulièrement confronté à des flambées épidémiques (méningite cérébro-spinale, rougeole, poliomyélite). Des efforts importants de prévention par la vaccination sont faits.

Les maladies non transmissibles sont en augmentation. Elles regroupent entre autres, les affections cardio-vasculaires, les troubles et maladies mentales, les maladies métaboliques comme le diabète, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers, les maladies génétiques et les traumatismes dus aux accidents de la route. Cependant, les données collectées par le système national d'information sanitaire ne permettent pas d'apprécier l'ampleur de ces maladies. Certaines d'entre elles font actuellement l'objet de programmes particuliers pour mieux les maîtriser.

La santé des groupes vulnérables est influencée par ces maladies transmissibles et non transmissibles et reste caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées.

2.1.1. SANTÉ DE LA FEMME

La situation de la santé de la femme reste marquée par une morbidité et une mortalité maternelles élevées. Le paludisme, l'anémie, le VIH, le Sida et les hémoglobinopathies sont responsables de 20% des décès maternels tandis que les causes obstétricales

² EDS, 1998

³ RGPH 2006

⁴ Perspective monde année

directes sont responsables d'environ 80% de ces décès. Les hémorragies, les infections et les dystocies représentent à elles seules plus des deux tiers de ces causes obstétricales.

En outre, il existe de nombreux facteurs qui influencent l'état de santé des femmes notamment les mutilations génitales féminines, le mariage précoce, le lévirat et leurs corolaires, les avortements provoqués clandestins, la faible accessibilité aux services socio-sanitaires, la faible qualité des services et les pesanteurs socioculturelles.

2.1.2. SANTÉ DE L'ENFANT

Les taux de morbidité et de mortalité chez l'enfant sont également élevés. Les causes majeures de décès varient selon l'âge de l'enfant.

Les causes de morbidité et mortalité néonatales sont essentiellement les infections sévères (32%), la prématurité/faible poids à la naissance (22%), l'asphyxie (21%) et le tétanos néonatal (12%). Les décès infanto-juvéniles sont dus à la pneumonie (24%), au paludisme (20%), à la diarrhée (19%), aux causes néonatales (18%), au VIH, au SIDA (4%) et à la rougeole (3%). Tous ces décès surviennent sur des terrains de malnutrition dans 54% des cas⁵.

2.1.3. SANTÉ DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

La situation de la santé des adolescents et des jeunes est influencée par des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestins, des rapports sexuels précoces et non protégés, le multi partenariat, une prévalence élevée du VIH, SIDA et IST (3,9% pour le VIH/SIDA chez les jeunes de la tranche d'âge de 15-24 ans) et de violences diverses. Le phénomène est aggravé par la faible utilisation des méthodes contraceptives et des services de santé par les jeunes. La consommation d'alcool, de drogue et de tabac, substances hautement nuisibles pour la santé, n'épargne pas la frange jeune de la population.

L'insuffisance d'offre de services de santé de la reproduction adaptés aux adolescents contribue largement à la situation précaire de l'état de santé des 15-24 ans.

2.1.4. SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

La situation de la santé des personnes âgées est influencée par les affections liées au vieillissement ainsi qu'aux maladies non transmissibles. Ces populations sont en outre exposées aux troubles psychiques.

2.1.5. PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Les déterminants de la santé constituent le fondement des stratégies d'amélioration de la santé. Les déterminants les plus importants sont entre autres, l'environnement (social, économique et physique), les facteurs biologiques, le niveau d'instruction, les habitudes de vie et capacités d'adaptation, les facteurs démographiques et le système de santé.

⁵ Analyse de la situation sanitaire, 2010, MS

Dans la population générale et surtout en milieu urbain, les habitudes de vie sont caractérisées par une insuffisance des pratiques sportives, un déséquilibre alimentaire ainsi que la consommation de boissons alcoolisées souvent non contrôlées. Cela contribue à une augmentation de plus en plus notable des maladies cardiovasculaires.

2.2. FORCES, FAIBLESSES ET DÉFIS DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ

Les différents éléments retenus au titre des forces, faiblesses et défis du système national de santé découlent de l'évaluation finale du PNDS 2001-2010.

2.2.1. LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

Le système national de santé comprend les sous-secteurs sanitaires public, privé et celui de la médecine et pharmacopée traditionnelles.

Le leadership du ministère de la santé s'est manifesté au cours de l'exécution du PNDS 2001-2010, dans la définition de politiques et de normes, l'adoption de lois et autres conventions relatives à la santé, l'accroissement de ressources en faveur de la santé grâce au développement du partenariat et la mise en œuvre du panier commun. Dans le domaine de la gouvernance, il a enregistré des progrès notables tant sur le plan organisationnel que fonctionnel.

Les principaux acquis enregistrés sont essentiellement le renforcement de la décentralisation du système sanitaire entreprise depuis 1993 avec la mise en place du système de santé de district et le développement de la santé communautaire. L'implication effective de tous les acteurs dans le développement du système de santé, l'instauration des soins d'urgence, la subvention des prestations en faveur de la mère et de l'enfant, ont amélioré l'efficacité et l'utilisation des services de santé. En outre, plusieurs réformes ont été opérées telles que la réforme hospitalière y compris l'instauration de la prise en charge des urgences sans prépaiement, la réforme pharmaceutique, la mise en œuvre de la politique de contractualisation et la promotion du financement basé sur les résultats. La communalisation intégrale⁶ aura une répercussion majeure dans le mode de gestion du système de santé à tous les niveaux. Le sous-secteur sanitaire privé de soins compte 358 structures composées majoritairement de structures à but lucratif (81,56%) et d'établissements confessionnels localisés essentiellement dans les villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso. Des textes réglementant l'exercice privé des professions de santé ont été adoptés.

Le ministère de la santé a intensifié son appui au sous-secteur de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée nationale au cours de ces dix dernières années. Environ 30 000 acteurs exercent de façon autonome. Les acquis sont l'adoption de la politique nationale et de textes règlementant l'exercice de la profession, la mise en place d'un cadre de collaboration, l'encadrement des tradipraticiens de santé et la mise sur le marché des médicaments traditionnels homologués.

⁶ Décret n° 2009-08/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 03 mars 2009 portant transfert de compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé

On note cependant un fonctionnement insuffisant des hôpitaux, des districts sanitaires urbains et ceux centrés sur un CHR. A cela s'ajoutent une faible capacité gestionnaire des équipes des districts et des directions régionales, une faible capacité opérationnelle de la Cellule d'appui à la décentralisation du système sanitaire dans le contexte de la communalisation intégrale, une absence de coordination du système de soins au niveau des communes et d'une inadéquation du dispositif de gestion des aspects sanitaires des catastrophes. En outre, la pharmacie hospitalière n'est pas mise en place, le médicament reste inaccessible financièrement à la majorité de la population, ce qui pourrait expliquer en partie la persistance de la vente illicite des médicaments. Le sous-secteur sanitaire privé qui se développe sans schéma directeur n'est pas suffisamment intégré au système de santé et des lacunes subsistent dans l'application des textes juridiques et dans le respect des normes relatives aux prestations de services.

Le sous-secteur traditionnel de soins n'est pas encore bien structuré et la pratique y est généralement individuelle.

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

L'approche sectorielle comme stratégie de mise en œuvre du PNDS a permis de renforcer la participation et l'alignement des partenaires au financement des plans d'action. Cependant on note i) un faible développement du dialogue sectoriel entre gouvernement et partenaires techniques et financiers avec le fonctionnement insuffisant du comité de suivi et des commissions techniques ii) l'inexistence d'une véritable coordination des projets et programmes et de leurs unités de gestion et iii) la faiblesse de la coordination au niveau du sous-secteur privé.

La régulation du secteur de la santé a été améliorée grâce au renforcement des structures de contrôle à tous les niveaux du système de santé, à la collaboration avec les Ordres professionnels et le renforcement du cadre juridique. Le phénomène de la corruption touche tous les secteurs d'activités y compris la santé. Cependant, les mécanismes de lutte contre la corruption ne sont pas suffisamment développés et cela requiert la mise en œuvre d'un plan d'action sectoriel.

Il convient de relever : i) l'inadéquation de certains textes juridiques indispensables à la bonne marche du secteur ; ii) la faible diffusion et la non application des textes réglementaires ; iii) la faible capacité des structures de contrôle et d'inspection à veiller au respect des textes ; iv) l'insuffisance de régulation au niveau du sous-secteur privé ; v) le faible fonctionnement des Ordres professionnels ; vi) l'insuffisance voire l'absence de sanctions pour les entorses à la réglementation.

Dans le domaine du leadership et de la gouvernance, les défis majeurs à relever sont, la régulation et la normalisation dans le secteur y compris la lutte contre la corruption, l'amélioration de la collaboration intersectorielle et de la coordination des

interventions et le renforcement du système national de santé dans le contexte de la décentralisation.

2.2.2. PRESTATIONS DE SERVICES ET DE SOINS

Les prestations de services et de soins ont connu une amélioration notable au cours de la décennie écoulée; en témoignent l'offre du paquet minimum d'activités standard dans tous les CSPS fonctionnels, la hausse des indicateurs d'utilisation des services (0,21 nouveaux contacts par habitant et par an en 2001 à 0,56 en 2009),

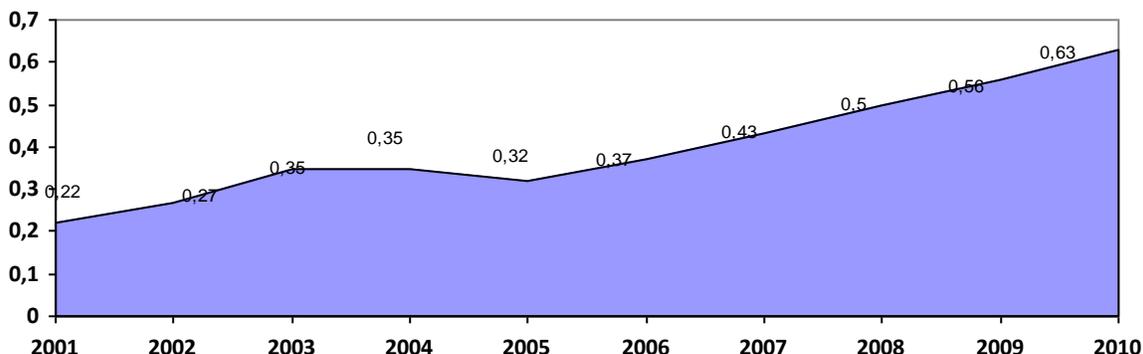


Figure 1 : Evolution du nombre de contacts par habitant et par an de 2001 à 2010

Il en est de même pour la couverture en CPN2 (de 57,4% en 2006 à 73,82% en 2009,, le taux des accouchements assistés dans les formations sanitaires périphériques (de 34% en 2001 à 70,7% en 2009, (cf. figure n°2), les couvertures vaccinales pour tous les antigènes sont à 100% sauf pour le VAA, VAR et VAT2 qui se situent néanmoins au-delà de 90%, le taux de prévalence contraceptive à 28,17% en 2008. La PCIME clinique couvre 86% des formations sanitaires, la PTME/VIH est mise en œuvre dans 85% des formations sanitaires en 2009. Les services de prévention de l'infection à VIH et de la prise en charge globale des PvVIH ont été améliorés durant la période 2006-2010, notamment grâce à l'instauration de la subvention des ARV.

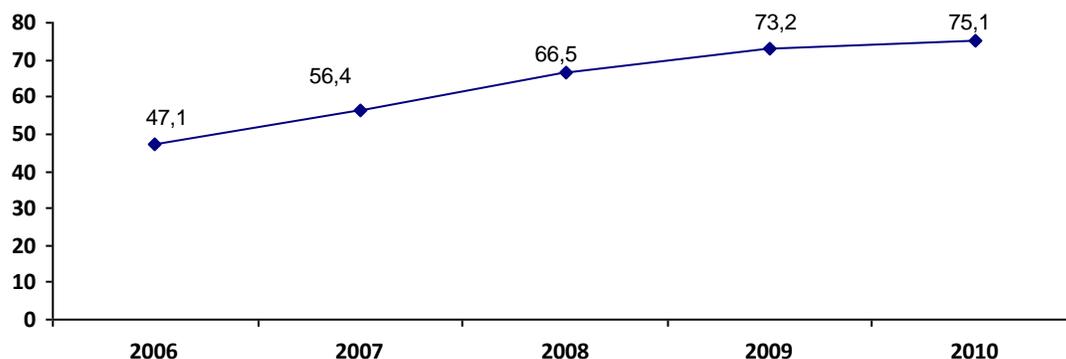


Figure 2 : Evolution du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 2006 à 2010

Des interventions spécifiques ont été développées en faveur des groupes vulnérables (mères, enfants, jeunes, personnes âgées...).

Dans le domaine de la santé communautaire, l'adoption de la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé constitue une avancée significative pour une meilleure participation des communautés à la prise en charge de leur santé.

En matière de nutrition, les interventions ont été mieux organisées à partir de 2002. Un plan stratégique de nutrition 2010-2015 est mis en œuvre et les activités de nutrition sont effectivement intégrées dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires.

Par ailleurs, le sous-secteur sanitaire privé de soins joue un rôle appréciable dans l'offre de soins notamment en milieu urbain. Cependant, au plan national, les établissements privés de soins ne représentent que 13% des recours aux soins de la population, et la participation du secteur privé aux actions de santé publique est faible.

Malgré ces acquis, des insuffisances subsistent dans la qualité et l'utilisation des services. Aussi, on note une offre incomplète et non permanente de SONU, un faible développement de la PCIME communautaire, une offre irrégulière des services de la PTME/VIH dépendant largement des financements des partenaires techniques et financiers, une inégale répartition de l'offre de service en matière de VIH/SIDA, une absence de politique nationale de services à base communautaire, une faible prise en compte des activités de nutrition dans les plans d'action des districts.

En matière de prestations de services, les défis majeurs se rapportent à l'amélioration de la qualité des services et des soins y compris en milieu hospitalier et dans les structures privées, au renforcement des soins de santé communautaire, Par ailleurs, d'autres défis se rapportent à la consolidation des acquis de la lutte contre le VIH et le Sida, au renforcement de l'offre de soins pour les différents groupes de population, notamment les scolaires et universitaires, les travailleurs, avec une attention particulière pour les plus vulnérables

2.2.3. RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

L'effectif des personnels du ministère de la santé dans le sous-secteur public était estimé à 19 899 agents en mai 2010⁷.

Les établissements privés de soins emploient près de 1 800 personnes dont 8% de médecins (143), 37% d'infirmiers (669), 12% de sages-femmes et accoucheuses (216), le reste étant composé de personnel peu qualifié⁸.

Le sous-secteur sanitaire privé contribue à l'offre de formation avec la faculté de médecine de l'université St Thomas d'Aquin et l'école privée Ste Edwige (formation de paramédicaux) à Ouagadougou.

⁷ DRH, Ministère de la santé 2010

⁸ rapport d'évaluation du secteur privé de santé ,année 2010

L'amélioration continue de la production ainsi que la prise de certaines initiatives innovantes permettent d'assurer une plus grande disponibilité des ressources humaines. Ainsi, 1) tous les 42 CMA/ hôpitaux de district construits et équipés sont fonctionnels avec au moins un médecin formé en chirurgie essentielle et en gestion de district ; 2) la formation de spécialistes dans les emplois de médecins et infirmiers a permis l'amélioration des plateaux techniques permettant de passer de 06 médecins spécialistes présents dans les 9 CHR en 2001, à une cinquantaine en 2009 ; 3) le recrutement au profit des régions a permis d'améliorer la disponibilité de certaines ressources humaines dans des régions chroniquement déficitaires (sages femmes /maïeuticiens, infirmiers).

Concernant le niveau communautaire, de nombreuses initiatives sont développées afin d'assurer un rôle de plus en plus important des agents de santé communautaires. C'est dans cette perspective que le rôle des accoucheuses de village a été réorienté afin de mieux cibler la lutte contre la mortalité maternelle.

Malgré ces efforts, on note que le déficit en personnel reste important pour certaines catégories telles que les sages-femmes d'Etat pour lesquelles il y a une sage-femme pour 13.138 habitants⁹ pour une norme OMS de 1/3000 habitants. La répartition des ressources humaines reste déséquilibrée au profit des centres urbains.

On note également l'absence d'un plan global de développement des ressources humaines avec un plan de mise en œuvre, la faible motivation des personnels et l'insuffisance de coordination engendrant dans une moindre mesure la fuite des cerveaux. Les normes utilisées au niveau des CSPS (nombre de personnel/CSPS) apparaissent peu pertinentes en raison de la disparité dans la taille des populations couvertes par CSPS.

Par ailleurs, le processus de formation est de plus en plus confronté à un environnement susceptible de limiter la qualité notamment, le sous équipement des institutions de formation en laboratoire et en salle de travaux pratiques, la saturation des terrains de stage et l'insuffisance d'une formation continue de qualité.

Au niveau communautaire, les faiblesses sont surtout liées à la disparité dans les modes de recrutement et de gestion, au faible niveau d'instruction des agents de santé communautaires (ASC), à l'insuffisance de la formation et d'appui de ces ASC.

2.2.4. PRODUITS DE SANTE, MEDICAMENTS, CONSOMMABLES MEDICAUX ET VACCINS

L'approvisionnement, la distribution, la disponibilité et l'accessibilité des produits de santé se sont améliorés significativement ces dernières années. L'importation des médicaments est assurée par la Centrale d'achat de médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG) et neuf (9) grossistes privés (Cophadis, Laborex, Pharmaplus, Faso Galien, Multi M, DPBF, ISDA, COPHARMED, Pharma International). Quant à la distribution, en 2010, elle est assurée par 144 officines pharmaceutiques privées, 800 dépôts de médicaments essentiels génériques dans les structures publiques et 500 dépôts privés de médicaments.

⁹ 2èmes EG santé, 2010, MS

La production des produits de santé reste embryonnaire avec une seule structure publique, l'IRSS (Ouagadougou), et quelques structures privées : Phyto-fla (Banfora), GAMET (Ouagadougou), et les laboratoires de production de spiruline (Koudougou). Les différentes réformes entreprises dans le domaine de l'assurance qualité des médicaments et de la sécurité sanitaire des aliments n'ont pas permis de garantir une amélioration de la qualité des médicaments. Le laboratoire national de santé publique éprouve des difficultés à contrôler la qualité des médicaments, des produits et principes actifs importés. Cela a pour conséquence, une insuffisance dans la sécurisation de l'approvisionnement en produits contraceptifs, de réactifs et anesthésiques.

Tous les districts et régions sanitaires disposent de chaîne de froid fonctionnelle et leurs besoins en capacité de stockage des vaccins sont couverts. Le non respect des contrats de maintenance et la non disponibilité de pièces de rechanges influent négativement sur l'offre de soins.

L'approvisionnement en vaccins et matériels d'injection se fait sur le budget de l'Etat avec l'appui de l'UNICEF, de l'OMS et de GAVI. Les vaccins sont stockés au niveau central dans des chambres froides de capacité suffisante, dont trois (03) fonctionnelles mais vétustes, et quatre 04 nouvellement acquises.

Pour le suivi des normes de conservation et de stockage des vaccins, on note une insuffisance quantitative en instruments de monitoring du froid (indicateurs de réfrigération, indicateurs de congélation).

Pour la sécurité de la vaccination, la distribution et l'utilisation du matériel d'injection respectent la politique de distribution à tous les niveaux, mais dans la mise en œuvre de cette distribution, aucune stratégie pérenne n'a été élaborée. En outre, le système de collecte et de destruction des déchets biomédicaux à tous les niveaux est insuffisamment organisé.

Par ailleurs, en matière de produits sanguins, les activités de promotion du don de sang, de production de produits sanguins labiles (PSL) et de distribution sont menées dans trois types de structures sanitaires : les Centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS), les banques de sang de certains CHR, les laboratoires de certains centres médicaux avec antenne chirurgicale. Les quatre centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS) sont à mesure de fournir les différents produits sanguins labiles mais, leur production demeure insuffisante.

Ces PSL sont en quantités insuffisante pour couvrir les besoins en produits sanguins. Des partenaires sociaux et communautaires interviennent essentiellement dans la mobilisation sociale et l'organisation des collectes. Toutefois, on note un problème de coordination des activités de ces partenaires.

Par rapport à la qualité et la sécurité des produits sanguins, seuls les CRTS arrivent à assurer un dépistage des quatre marqueurs recommandés sur 100% des poches collectées. Certaines structures non couvertes par un CRTS (24%) ne dépistent pas systématiquement le virus de l'hépatite C et la syphilis. Ces structures connaissent par

ailleurs des ruptures fréquentes en réactifs et consommables. D'autre part, toutes les pratiques ne sont pas harmonisées à l'échelle du pays, ce qui ne garantit pas la même qualité des PSL dans les différentes formations sanitaires.

2.2.5. INFRASTRUCTURES, ÉQUIPEMENTS ET MAINTENANCE

L'augmentation du nombre d'infrastructures sanitaires publiques et privées est passé de 2110 en 2004 à 2667 en 2009. Le rayon moyen d'action théorique qui est passé de 9,18 km en 2001 à 7,49 km en 2009.

Le ratio habitant par CSPA est passé de 14177 habitants en 2001 à 9 835 habitants en 2009 pour une cible de 7500 habitants pour un CSPA en 2010. Le pourcentage de districts opérationnels qui était de 78,8% en 2001 a été estimé à 85% en 2005.

Cette évolution relativement satisfaisante au regard des objectifs initiaux du PNDS 2001-2010, cache cependant d'énormes disparités aussi bien entre les régions sanitaires qu'à l'intérieur des régions. De ce qui précède, il ressort que la couverture du pays en infrastructures sanitaires reste globalement insuffisante, doublée d'une répartition inégale des formations sanitaires sur le territoire. La carte sanitaire est peu utilisée comme outil de planification sanitaire et de régulation de l'offre de soins avec pour conséquences entre autres la persistance de construction d'infrastructures sanitaires hors normes, un nombre toujours important de dispensaires et de maternités isolées.

Plusieurs structures hospitalières ont été renforcées. Ainsi, les CHR de Kaya et de Banfora ont été reconstruits sur de nouveaux sites tandis que ceux de Tenkodogo et de Ouahigouya sont en cours de reconstruction. Par ailleurs, le processus de construction des CHR de Manga et de Ziniaré et celui de la reconstruction du CHU Yalagdo OUEDRAOGO ont été amorcés. Les travaux de construction des hôpitaux de district du secteur 30 de Ouagadougou, de Gourcy et de Bittou, ainsi que l'extension de ceux de Kossodo, de Pissy, et de Pouytenga sont en cours d'exécution. En 2010, l'Hôpital national Blaise COMPAORE (HNBC) de 600 lits a été inauguré. Les services de maintenance existent au niveau des régions sanitaires et dans certains districts.

Toutefois, il persiste encore des disparités en matière de couverture sanitaire aussi bien entre les régions sanitaires qu'à l'intérieur des régions. Dans le domaine de la maintenance, on note une insuffisance de ressources humaines qualifiées, de matériels et de crédits. Du reste, il n'existe pas une politique en matière d'équipement et de maintenance pour le secteur de la santé.

En matière d'équipement, les normes et standards sont disponibles et des services de maintenance existent au niveau des régions sanitaires et dans certains districts. Cependant, il n'existe pas de politique d'infrastructure, d'équipement et de maintenance. L'équipement des formations sanitaires publiques présente toujours des insuffisances surtout au niveau des hôpitaux. Cette situation s'explique par une grande diversité des équipements liée au non encadrement des dons et une insuffisance de flexibilité dans l'application de la réglementation en vigueur.

Dans le domaine de la maintenance, des efforts ont été développés pour renforcer les capacités de la DGIEM. Cependant, face à la complexité dans l'opérationnalisation du dispositif de maintenance au plan national, des réflexions sont engagées au plan institutionnel afin de doter le ministère d'un cadre plus performant en matière de d'équipements et maintenance biomédicale. C'est dans ce cadre que l'agence des équipements et de la maintenance biomédicale (AGEMAB) a été créée.

2.2.6. SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE

Le système d'information du Burkina a connu ces dernières années des réformes visant à renforcer ses performances et lui permettre d'assurer la disponibilité et l'utilisation d'une information sanitaire de qualité pour la prise de décision.

Au nombre de ces réformes, on peut citer la création de la Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS). Cela a permis de renforcer la production de l'information sanitaire. Ainsi, la parution régulière des annuaires statistiques, des bulletins d'information sanitaire, des tableaux de bord et des rapports de progrès est-elle effective. Les sources de données se renforcent avec la réalisation régulière de grandes enquêtes nationales telles que les recensements de la population, les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes nutritionnelles, ainsi que la réalisation d'études ponctuelles (les cartographies des services de santé, les évaluations du PEV, etc.).

Dans le domaine des ressources humaines, les capacités du système d'information sanitaire se renforcent au fil du temps avec la formation des attachés de santé en épidémiologie à l'école nationale de santé publique pour la gestion des centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (CISSE) des districts, des régions et des hôpitaux. Cependant, la mobilité du personnel reste un défi et les compétences des acteurs nécessitent d'être renforcées pour améliorer la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux du système.

Dans le but d'améliorer les performances du SNIS, un plan stratégique a été élaboré pour la période 2011-2020. Il vise à assurer la disponibilité à temps d'une information sanitaire de qualité accessible et utilisée par les acteurs du système de santé pour la planification et la prise de décision. Le plan stratégique met en exergue un certain nombre de défis essentiels auxquels le SNIS doit faire face pour la période 2011-2020. Il s'agit de : 1) la coordination qui favorise la duplication de sources parallèles de données ; (2) le renforcement des capacités en ressources humaines et financières, des équipements et des infrastructures, (3) la qualité des données sanitaires et (4) la diffusion et l'utilisation de l'information.

Le renforcement et la modernisation des outils de gestion et de partage de l'information constitue un objectif majeur du renforcement du SNIS et améliorera la capacité de réaction du ministère de la santé. Dans ce sens, la mise en place d'un système d'information adéquat au sein des hôpitaux doit être une priorité pour l'amélioration du fonctionnement de ces établissements.

2.2.7. RECHERCHE POUR LA SANTÉ

Depuis l'adoption du plan stratégique de la recherche scientifique en 1995, les capacités institutionnelles de recherche pour la santé ont été renforcées. Au niveau du département de la santé, on distingue des institutions qui ont la recherche comme mission principale (Centre Muraz, Centre national de recherche et de formation sur le paludisme, Centre de recherche en santé de Nouna) et des structures de santé qui ont aussi la recherche dans leurs attributions (Laboratoire national de santé publique, Centres hospitaliers universitaires, Centres hospitaliers régionaux, etc.).

L'allocation de ressources financières aux institutions de recherche par le budget de l'Etat et la création du Fonds d'appui à la recherche en santé (FARES) ont permis d'améliorer les capacités de financement de la recherche pour la santé.

En outre, les efforts déployés ont permis de mettre à la disposition des acteurs de la recherche des documents d'orientation et de planification tels le profil pays recherche en santé, les priorités nationales de thèmes de recherche, le plan de développement de la recherche pour la santé 2011-2020 et son plan de mobilisation des ressources, enfin l'érection du service en direction chargée de la recherche pour la santé.

Plusieurs canaux sont développés ou soutenus par le Ministère de la santé pour la diffusion des résultats de recherche. Ces canaux sont constitués principalement par le Forum sur la recherche scientifique et les innovations technologiques (FRSIT), les Journées des sciences de la santé de Bobo-Dioulasso et les journées scientifiques de Nouna, l'Agence nationale pour la valorisation de la recherche, l'initiative EVIPNet (Evidence Informed Policy Network). Pour encadrer la recherche, un comité d'éthique chargé d'examiner les différents protocoles de recherche menée sur l'être humain a été créé.

Malgré ces efforts, la recherche reste confrontée à :

- i. l'insuffisance de financement des projets de recherche qui dépendent presque exclusivement des financements extérieurs ;
- ii. une faiblesse d'utilisation des résultats de recherche ;
- iii. une insuffisance de coordination des centres de recherche au sein du département de la santé ;
- iv. une promotion insuffisante des activités de recherche dans les services de santé (hôpitaux et districts sanitaires) et ;
- v. la faiblesse des capacités en ressources humaines en faveur de la recherche pour la santé.

2.2.8. FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Le budget de l'Etat consacré à la santé a constamment augmenté au cours de la période de mise en œuvre du PNDS 2001-2010. En valeur absolue, cette part est passée de 32 765 162 910 FCFA en 2000 à 92 839 653 000 FCFA en 2009. Par rapport à l'engagement pris par les Chefs d'Etat à Abuja au Nigeria en 2001, le Burkina, depuis 2008, a atteint l'objectif qui était de consacrer au moins 15% des

budgets annuels à l'amélioration du secteur de la santé. Ainsi, la part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé est passée de 7,07% en 2000, à 12,13% en 2007, à 15,21% en 2008¹⁰ et à 15,46% en 2009¹¹. Les inscriptions budgétaires d'autres ministères et institutions liées à la santé ont été incluses à partir de 2008.

La mise en œuvre du PNDS 2001-2010 a vu la participation des collectivités territoriales au financement de la santé, notamment par des constructions d'infrastructures sanitaires et la prise en charge des salaires de certaines catégories de personnel (agents de première ligne et de soutien) relevant d'elles. Toutefois, leur rôle dans le financement de la santé devra évoluer avec le transfert des compétences et des ressources par le gouvernement, dans le cadre de la décentralisation administrative.

Sous l'angle des comptes nationaux de santé, les dépenses totales de santé ont constamment évolué de 136 milliards FCFA en 2003 à 254 milliards FCFA en 2008¹². Ainsi, ces dépenses s'élèvent en 2003, 2005, 2006, 2007 et 2008 respectivement à, 164 milliards de FCFA, 202 milliards FCFA, 207 milliards de francs CFA, 220 milliards FCFA. Les dépenses de santé par habitant sont passées de 10 972 FCFA en 2003 à 17 259 CFA en 2008 soit 19 et 36 dollars US. Les dépenses nationales de santé en pourcentage du produit intérieur brut représentent 5,5% en 2003 et 6,89% en 2008. Ces ratios sont inférieurs à la norme de 54 dollars par habitant et par an préconisée par la commission macro-économie et santé de l'OMS.

La part contributive des ménages au financement des dépenses totales de santé reste toujours élevée. La figure n°3 ci-dessous présente l'évolution de ces dépenses de 2003 à 2008.

¹⁰ CNS 2007 et 2008

¹¹ EGS, février 2010

¹² CNS 2007 et 2008

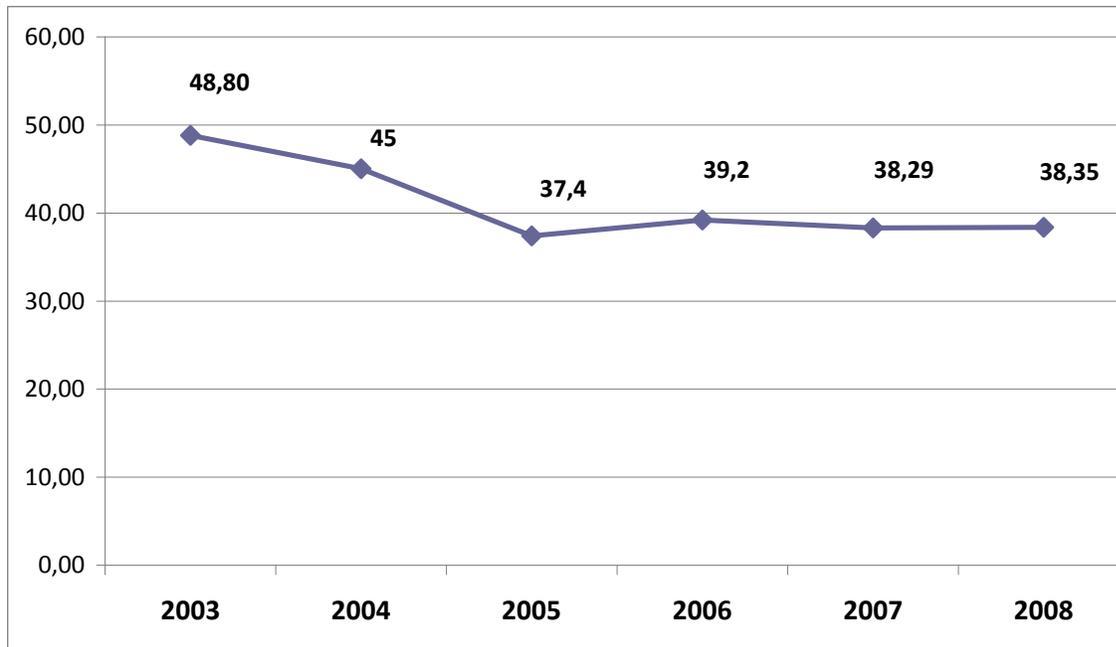


Figure 3 : Evolution de la part contributive des ménages au financement des dépenses totales de santé

La contribution des ménages a atteint 84 244 millions de FCFA en 2007 et 97 504 millions de FCFA en 2008, ceci malgré les efforts du gouvernement et la contribution des partenaires tendant à réduire ces dépenses à travers les mesures de gratuité et de subvention de certains soins pour en favoriser l'accès notamment pour les plus pauvres. La part contributive du privé au financement de la santé n'est pas connue.

Le financement des partenaires s'effectue à travers les appuis budgétaires non ciblés au niveau du budget de l'Etat, le panier commun du Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) et les fonds ciblés ou appuis projets ou programmes. Les ressources extérieures proviennent des dons, des subventions des partenaires techniques et financiers et des emprunts dans le cadre des projets et programmes de santé ou des interventions directes sur le terrain.

De façon générale, les ressources extérieures qui constituent la troisième source de financement de la santé après l'Etat et les ménages ont contribué aux dépenses nationales de santé à hauteur de 28 milliards en 2003, 44 milliards en 2004, 71 milliards en 2005 et 61 milliards en 2006, 64,5 milliards en 2007 et 74,04 milliards de FCFA¹³ en 2008. Cela représente, par rapport aux dépenses nationales de santé 20,5%, 26,8%, 35,0%, 29,61%, 29,3% et 29,4% respectivement pour les années 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 et 2008.

La coopération décentralisée, notamment les jumelages ont permis également de mobiliser des ressources matérielles et financières pour le secteur de la santé. Malheureusement, ces ressources ne sont pas maîtrisées, du fait des multiples portes d'entrée.

¹³ CNS 2007 et 2008

Sur le plan de l'assurance maladie, il n'existe pas encore de couverture maladie généralisée à l'ensemble de la population malgré la part importante des ménages qui ont contribué pour 38,35% dans la prise en charge des dépenses de santé en 2008. Le taux de couverture du risque maladie est resté très faible. Le système actuel de protection sociale est caractérisé par une très grande diversité dans son organisation et son fonctionnement et comporte les éléments de subvention et de gratuité.

Au titre de la gratuité, on retiendra pour la mise en œuvre du PNDS 2001-2010, (i) la prise en charge de toutes les personnes reconnues indigentes ; (ii) la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, (iii) la vaccination des enfants de moins de cinq ans et la supplémentation en vitamine A ; (iii) la prise en charge des cas de tuberculose, de lèpre, de ver de guinée et de filariose lymphatique ; (iii) la prise en charge des cas en période d'épidémie ; (iv) la consultation prénatale ; (v) la distribution gratuite des MILDA chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ; (vi) le traitement par les ARV à compter de 2010.

Au titre de la subvention, il y a les accouchements et SONU, les ACT, les contraceptifs et les soins promotionnels (consultations prénatales, la consultation post natale, le suivi des enfants sains, etc.).

Les défis majeurs sont essentiellement, la mobilisation des financements par rapport aux besoins réels, l'efficacité des dépenses en santé et la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle.

2.3. LEÇONS APPRISSES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2001-2010

La mise en œuvre du PNDS 2001-2010 a permis de retenir un certain nombre d'enseignements essentiels à prendre en compte pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du PNDS 2011-2020.

2.3.1. LA CONCEPTION D'UN DÉVELOPPEMENT SANITAIRE NATIONAL RESTE COMPLEXE

Promouvoir un état de bonne santé nécessite la prise en compte de nombreux déterminants qui sous-tendent cet état de santé. Autant il existe un consensus sur ce constat, autant la mise en œuvre des solutions véritablement efficaces semble relativement difficile. La mise en œuvre efficace du PNDS devrait permettre au Gouvernement de réaliser ses ambitions affichées dans la PSN. Cela dépend de la manière par laquelle, la conception du PNDS intègre cette dimension multifactorielle du développement sanitaire.

Au niveau de la tranche 2001-2005, la dimension multisectorielle de la résolution des problèmes de santé a été faiblement prise en compte d'autant que dans le document cette caractéristique de la santé est considérée comme une contrainte. Cette vision a deux conséquences majeures : i) des instruments de promotion des actions multisectorielles n'ont pas été développés ii) au plan institutionnel, le suivi de la mise en œuvre du PNDS n'implique pas suffisamment l'ensemble des acteurs clés et n'est pas non plus suffisamment ancré dans le dispositif gouvernemental.

Au cours de la tranche 2006-2010, des initiatives ont été prises à travers l'identification de « *problèmes de santé à caractère multisectoriel* » [Arrêté 2007/344/MS/CAB du 21 novembre 2007]. Ainsi, six groupes de travail sont constitués autour des volets ci-après : i) Elaboration d'un protocole d'accord entre le Ministère de la Défense et le Ministère de la santé ; ii) Mutuelles de santé, iii) Santé des travailleurs ; iv) Santé scolaire et universitaire; v) Prise en charge des indigents et vi) création d'un cadre permanent de concertation avec le Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la recherche Scientifique. Plus récemment, un Conseil national de concertation sur la nutrition (CNCN), un comité national de l'hygiène publique ont été mis en place.

2.3.2. L'EXISTENCE D'UN CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE PERTINENT POUR LE PNDS DANS UNE APPROCHE SECTORIELLE EST ESSENTIELLE

Le pilotage d'un programme décennal sectoriel à caractère innovant et multisectoriel requiert des dispositions particulières que le PNDS 2001-2010 n'a pas prises en compte : i) une approche holistique du cadre institutionnel de mise en œuvre : dans le souci d'avoir une vision cohérente de l'ensemble du dispositif de mise en œuvre, les dispositions contenues dans les documents du PNDS devraient faire l'objet de formalisation dans un document unique avec une description exhaustive des attributions des différents acteurs. Une telle démarche aurait permis de mettre en évidence les chevauchements entre structures mais aussi les gaps en termes de suivi de la mise en œuvre ii) une réactivité adéquate face à l'évolution de la situation : les changements importants intervenus au cours de la mise en œuvre du PNDS doivent être répercutés dans le cadre institutionnel à travers la relecture des textes et la formalisation des changements opérés.

2.3.3. UN PROCESSUS EFFICACE DANS LA PLANIFICATION DES INTERVENTIONS RESTE ESSENTIEL À METTRE EN PLACE

Le processus de planification instauré au cours de la mise en œuvre du PNDS a été encadré par des directives de planification permettant de prendre en compte les priorités nationales, mais occultant en même temps les spécificités locales, notamment dans le financement. La planification a également mis l'accent sur le processus au détriment des résultats de santé. Ces deux situations ont eu pour conséquence une faible qualité des plans d'action au niveau opérationnel, constitués d'une succession d'activités non systématiquement liées à des objectifs de santé.

2.3.4. LA MISE EN ŒUVRE DES INITIATIVES INNOVANTES EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ EST INDISPENSABLE

La mise en place du PADS dans la perspective d'un panier commun de financement du PNDS a favorisé le financement des activités de santé à tous les niveaux du système. Les procédures adoptées et les mécanismes utilisés ont permis de mettre à la disposition des structures, les financements à temps. La fongibilité des financements a en outre facilité le financement des plans d'actions.

Globalement, le panier commun a été un outil pertinent pour le financement des activités de santé en s'adaptant au caractère très opérationnel et diversifié des interventions en matière de santé. Dans la pratique, le PADS a été plus qu'un fonds car

au-delà de la mobilisation et du financement des plans d'action, il a joué un rôle ambigu dans l'initiation de certaines interventions de santé (contractualisation, financement basé sur les résultats). Cette situation est en partie imputable au fait que les conditions ne sont pas réunies au niveau de des directions centrales qui devraient porter de telles initiatives.

Dans un contexte de pauvreté, les subventions et les gratuités ont contribué à rendre les prestations de santé accessibles aux ménages pauvres. Mais, on constate que la performance des districts et des régions sanitaires dans l'opérationnalisation de ces mesures est très variable. Cela suggère qu'il y a d'autres facteurs importants qu'il convient de rechercher et de prendre en compte afin d'améliorer l'effet de ces subventions sur l'état de santé des populations.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide publique au développement ,et de celle d'Accra y relative, , le Burkina Faso a adhéré au partenariat international pour la santé et ses initiatives connexes (IHP+), ce qui doit contribuer à une meilleure harmonisation des engagements des donateurs en matière de financement et à une amélioration de la manière dont les organismes internationaux, les donateurs et les pays coordonnent leurs travaux pour élaborer et mettre en œuvre les plans nationaux de santé. L'IHP+ est matérialisé par le Compact auquel le Burkina Faso a souscrit. Le Compact national, mémorandum d'entente entre le Burkina Faso et la communauté internationale, matérialisé par un accord global sur les résultats, la responsabilité et des obligations mutuelles est en cours d'élaboration.

2.3.5. LE LIEN ENTRE LES EFFORTS PRODUITS ET LES RÉSULTATS ATTENDUS N'EST PAS SYSTÉMATIQUE

A la fin de la mise en œuvre du PNDS, un paradoxe est constaté entre les efforts fournis dans la mise à disposition des ressources et les résultats produits par le système de santé en termes d'effet direct des interventions. On note par exemple :

- que malgré l'augmentation des effectifs dans le recrutement du personnel notamment au niveau des paramédicaux, les déséquilibres entre régions sont encore frappants et ne semblent pas se résorber ;
- la survenue d'épidémies notamment de rougeole dans un contexte où les taux de couverture vaccinale semblent importants, de même que la persistance du poliovirus sauvage avec des taux de couverture vaccinale extrêmement élevés.

Ce paradoxe s'explique en partie par l'insuffisance de promotion d'une culture de résultats axés sur la population et d'une culture de qualité à travers les différents programmes et projets mis en œuvre au niveau du Ministère de la santé. L'accent est mis sur la réalisation d'activités qui constituent des résultats en soi.

2.3.6. LE CONTEXTE GÉNÉRAL DE MISE EN ŒUVRE EST RELATIVEMENT INSTABLE ET DÉTERMINE FORTEMENT LES PERFORMANCES

Au cours de la mise en œuvre du PNDS, des situations non habituelles sont survenues dans le contexte national posant des problématiques nouvelles non prises en compte dans la planification décennale. Ainsi, la survenue des inondations en septembre 2009, a posé un certain nombre de problèmes au secteur de la santé : i) la faiblesse de l'organisation du système de santé en milieu urbain, ii) le risque permanent de survenue d'épidémies de choléra et autres maladies liées à l'eau, iii) la gestion des interventions de manière holistique, impliquant de nombreux acteurs (prévention du VIH/SIDA, assainissement, hygiène et eau potable, logement etc.), iv) les capacités relativement faibles et fragiles du dispositif hospitalier actuel.

Au-delà de ces problèmes, il s'est posé également la problématique de la définition globale des priorités afin d'assurer une répartition des ressources financières entre les différents intervenants (logement, éducation, santé, assainissement, etc.).

2.3.7. LA PERSPECTIVE D'ATTEINDRE LES OMD EST ENCORE RELATIVEMENT LOINTAINE

En l'absence des résultats de l'EDS 2010 qui précise les indicateurs de mortalité et de morbidité en population, l'analyse du niveau de performance au regard des cibles des OMD reste limitée. On peut cependant observer autour d'indicateurs proxy que les cibles suivantes ne seront probablement pas atteintes d'ici 2015. Ainsi : i) l'amélioration constatée au niveau du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au fil des années (105‰ à 81‰ entre 1998 et 2003), est cependant fragilisée par l'état nutritionnel des enfants qui reste encore précaire, ii) le rythme constaté dans l'amélioration de la santé maternelle permettra d'atteindre difficilement une réduction de trois quarts du taux de mortalité maternelle d'ici 2015 et iii) enfin, si la prévalence du VIH et du Sida est à la stagnation, seulement 50% des patients qui ont besoin d'ARV y ont accès en 2009.

2.3.8. MALGRÉ TOUTES CES CONSIDÉRATIONS, DES PROGRÈS SIGNIFICATIFS SONT OBSERVÉS À TRAVERS LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS

Les efforts fournis au cours de la décennie écoulée, combinés aux initiatives innovantes de financement notamment la subvention des accouchements et des SONU, ont permis une amélioration continue des indicateurs essentiels d'utilisation des services de santé avec une progression relativement significative à partir de 2006.

Le tableau n°1 ci-dessous résume l'évolution des indicateurs essentiels utilisés pour le suivi du PNDS 2001-2010

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs essentiels utilisés pour le suivi du PNDS 2001-2010

Indicateurs	Année 2001	Année 2005	Année 2010
Rayon moyen d'action (km)	9,18	8,2	7,34
Proportion de CSPS qui répondent aux normes en personnel (%)	73	77	83,1
Ratio Habitants/CSPS	14177	10079	9835
Nombre de contacts/habitant	0,21	0,33	0,63
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (%)	38,09	37,87	75,1
Taux de prévalence contraceptive (%)	12,64	22,46	28,3
Taux de guérison de la tuberculose (%)	51,95	54,25	72,98
Taux de létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (%)	37,06	8,76	3,66
% de personnes atteintes de SIDA sous ARV	33,9	50,4	53
Taux de mortalité intra hospitalière (%)	-	7,61%	6,91
Taux d'occupation de lits dans les hôpitaux (%)	-	-	79,15

Source : MS, *Annuaire statistiques, rapports de progrès*

III. PROBLEMES PRIORITAIRES

Les problèmes prioritaires issus de l'analyse de la situation sanitaire nationale ayant servi à l'élaboration de la Politique nationale de santé relèvent des domaines ci-après :

- **La gouvernance et le leadership**

Dans ce domaine, les problèmes se rapportent à la collaboration intersectorielle et la coordination des interventions, à la régulation et la normalisation dans le secteur de la santé, à la lutte contre la corruption, à la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé et à la planification dans le secteur de la santé.

- **Les prestations de santé**

Il s'agit notamment de problèmes relevant de l'organisation et du fonctionnement des services de santé, de la qualité des services et des soins de santé dans les formations sanitaires, des soins de santé communautaire, de la lutte contre le VIH et le SIDA, de l'offre de services de santé en faveur des différents groupes de populations et surtout les plus vulnérables.

- **Les ressources humaines pour la santé**

Il s'agit principalement de problèmes liés à la satisfaction des besoins en ressources humaines en quantité et en qualité ainsi qu'à leur gestion.

- **Les médicaments, consommables médicaux et vaccins**

Il s'agit essentiellement de problèmes liés à la couverture des besoins en produits de santé, à la coordination des filières d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques ainsi qu'à la qualité et sécurité sanitaire des aliments.

- **Les infrastructures, équipements médicaux, logistique et maintenance**

Les problèmes se rapportent à la couverture en infrastructures, aux équipements médicaux, à la logistique ainsi que la maintenance.

- **Le système d'information sanitaire**

Dans ce domaine, le problème prioritaire est en rapport avec la gestion des données du système d'information sanitaire.

- **La recherche pour la santé**

Les problèmes prioritaires sont relatifs surtout à la diffusion et l'utilisation des résultats de recherche dans le processus de prise de décision et à la coordination de la recherche au sein des services de santé.

- **Le financement de la santé**

Les problèmes concernent surtout le volume et les mécanismes du financement de la santé et la gestion des ressources financières allouées à la santé.

Au total, on peut retenir comme problèmes prioritaires :

- une collaboration inter sectorielle insuffisante et une faible performance du système de santé en termes de gouvernance et de prestations de services ;
- un état de santé de la population caractérisé par une forte charge de morbidité et une surmortalité chez la mère et l'enfant ;
- une qualité et sécurité sanitaire des aliments peu satisfaisante ;
- des ressources humaines caractérisées par leur insuffisance en quantité et en qualité et leur gestion peu performante ;
- des produits de santé (médicaments, consommables, vaccins, produits sanguins) caractérisés par leur insuffisance en qualité et en couverture des besoins ;
- des infrastructures, des équipements, et de la logistique caractérisés par leur insuffisance en couverture et en maintenance ;
- une gestion peu performante du système d'information sanitaire ;
- une recherche pour la santé insuffisamment coordonnée et une faible utilisation des résultats pour la prise de décision ;
- un financement insuffisant de la santé et une gestion peu rationnelle des ressources allouées.

IV. RAPPEL DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

4.1. VISION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

La vision de la santé découle de la vision pour le Burkina Faso énoncée dans l'étude prospective Burkina 2025 : «une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale ». Cette vision de la santé se décline comme étant le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant.

4.2. FONDEMENTS, VALEURS ET PRINCIPES

La Constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental, droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Par conséquent, il incombe à l'Etat de formuler et de mettre en œuvre une politique nationale de santé pertinente et cohérente tenant compte des réalités nationales et du contexte international.

La Politique nationale de santé repose également sur les engagements du gouvernement vis-à-vis de la communauté internationale de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé tels que :

- 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 Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- la plate-forme de Beijing ;
- la Déclaration du Millénaire pour le développement ;
- la Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA sur «la santé, base du développement» et sur le SIDA ;
- la Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement ;
- la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires, et les systèmes de santé en Afrique ;
- la déclaration du forum mondial de Bamako sur la recherche pour la santé, le développement et l'équité.

Au plan national, le pays a adopté des textes traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations et qui sont, entre autres, le Code de la santé publique, le Code de l'hygiène publique, le Code des personnes et de la famille, le Code de l'environnement et de l'eau, la Politique nationale genre, la loi sur la santé de la reproduction et celle relative à l'infection à VIH.

Les valeurs qui sous-tendent la présente politique nationale de santé sont : l'équité, la justice sociale, la solidarité, la redevabilité, l'éthique, la probité, le respect de l'identité

culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance.

Le Burkina Faso adhère aux principes des soins de santé primaires qui sont, entre autres :

- l'acceptabilité ;
- l'efficacité et l'efficience des soins de santé ;
- la réactivité des services de santé ;
- l'accès universel aux soins ;
- la coordination et la collaboration intersectorielle ;
- la participation individuelle et collective.

4.3. ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

Le but de la Politique nationale de santé est de contribuer au bien-être des populations. Pour atteindre ce but, huit orientations stratégiques (OS) ont été retenues :

- développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- amélioration des prestations de services de santé ;
- développement des ressources humaines pour la santé ;
- promotion de la santé et lutte contre la maladie ;
- développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ;
- amélioration de la gestion du système d'information sanitaire ;
- promotion de la recherche pour la santé ;
- accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

Les orientations stratégiques du PNDS 2011 – 2020 sont celles de la Politique nationale de santé.

4.4. RÉSULTATS ATTENDUS

La mise en œuvre de la Politique nationale de santé vise les résultats suivants :

- le leadership et la gouvernance dans le secteur de la santé sont renforcés ;
- les services de santé sont plus performants et offrent des prestations de santé de meilleure qualité à toute la population aux différents niveaux du système de santé y compris au niveau communautaire ;
- les mortalités spécifiques sont réduites significativement par rapport à leur niveau de base renseigné par les données de l'EDS 2010.

Par ailleurs, sa mise en œuvre aura contribué à une augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance et à un meilleur bien-être des populations.

V. OBJECTIFS, AXES D'INTERVENTION, ACTIONS PRIORITAIRES DU PNDS 2011-2020

Tableau 2 : Objectifs spécifiques par axe d'intervention et actions prioritaires

Vision	Un meilleur état de santé possible à l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant	
But	Contribuer au bien-être des populations	
Objectif général	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations	
Impact	<p>Les impacts de la mise en œuvre de ce nouveau plan sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 184 pour 1000 naissances vivantes à 54,69 pour 1000 en 2020 ; • une réduction du ratio de mortalité maternelle de 484 pour 100 000 NV à 242 pour 100 000 NV en 2020 ; • une réduction du taux de mortalité néonatale de 31 pour 1000 à 9,16 pour 1000 en 2020 ; <p>En outre, les létalités liées aux maladies telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA seront réduites respectivement de 65,9%, 51,5% et 94,4% par rapport à leur niveau de 2011 ;</p> <p>Le taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans passerait de 29% en 2011 à 23% en 2020.</p>	
Orientation stratégique 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé		
Objectifs spécifiques	Axes d'intervention	Actions prioritaires
1.1. assurer que les mécanismes de coordination et de gestion sont effectivement mis en œuvre pour i) la participation effective de l'ensemble des acteurs y compris les collectivités territoriales, la société civile et le secteur privé et ii) le renforcement de l'alignement et l'harmonisation des interventions	1.1.1 Renforcement de la coordination interne des interventions du ministère de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ développer des cadres appropriés de concertation, de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des actions de développement sanitaire au niveau interne ✓ améliorer les dispositifs de planification au sein du ministère en tenant compte du genre et de l'équité ✓ renforcer la déconcentration au sein du ministère à travers les régions et les districts sanitaires ✓ adapter le dispositif organisationnel et managérial du ministère de la santé aux défis actuels (décentralisation, approche sectorielle, contractualisation, financement basé sur les résultats, développement du partenariat public et privé et autres réformes du système de santé.)

<p>autour de la politique nationale de santé</p>	<p>1.1.2 Renforcement de la collaboration intersectorielle et du partenariat dans le secteur de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ mettre en place /renforcer des cadres appropriés de concertation, de planification de développement sanitaire entre le ministère de la santé et les autres acteurs à tous les niveaux ✓ impliquer davantage les partenaires dans le processus de planification des interventions de développement sanitaire ✓ promouvoir l'approche sectorielle de la santé ✓ développer des partenariats avec les prestataires des secteurs privé et traditionnel, les communautés et la société civile ✓ mettre en œuvre le compact 2011 – 2015 dans le cadre du partenariat pour la santé et les initiatives connexes (IHP+) ✓ renforcer la mise en œuvre de la décentralisation dans le cadre de la communalisation intégrale ✓ poursuivre la mise en œuvre de la politique nationale de contractualisation
<p>1.2. Assurer la transparence dans la gestion des ressources et la redevabilité</p>	<p>1.2.1 Renforcement de la régulation, de la normalisation et de la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ réviser les textes législatifs, réglementaires et les normes ✓ élaborer les textes législatifs manquants ✓ renforcer le contrôle de l'application des textes législatifs et réglementaires existants ainsi que les normes ✓ renforcer les mécanismes de contrôle pour une gestion efficace et efficiente des ressources ✓ instituer la certification des structures de santé et l'accréditation des pratiques professionnelles ✓ élaborer et mettre en œuvre un plan d'action sectoriel de lutte contre la corruption ✓ adapter le dispositif organisationnel et managérial du ministère de la santé pour améliorer la redevabilité vis-à-vis des utilisateurs des services ✓ instaurer un système performant de communication au niveau institutionnel

Orientation stratégique 2 : Amélioration des prestations de services de santé		
Objectifs spécifiques	Axes d'intervention	Actions prioritaires
2.1 Accroître l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité en faveur de la population en général et des groupes spécifiques en particulier	2.1.1 Renforcement de l'offre de services de santé de qualité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ élaborer des normes et standards adaptés ✓ adapter les paquets minima d'activités, le paquet complémentaire et le paquet spécialisé ✓ renforcer le dispositif de référence et de contre référence ✓ améliorer la qualité de la prise en charge des urgences médico chirurgicales à tous les niveaux du système de santé ✓ mettre en œuvre une stratégie de gestion des déchets biomédicaux ✓ renforcer la qualité des prestations dans les structures privées de soins Renforcer l'organisation de la santé au travail et les plateaux techniques des cliniques de l'OST ✓ organiser et assurer l'offre des services de santé en milieu préscolaire, primaire, secondaire et universitaire ✓ élaborer et mettre en œuvre un plan stratégique de développement de la télésanté pour promouvoir l'utilisation des TIC dans les soins ✓ améliorer la qualité et l'accessibilité des soins réadaptatifs ✓ mettre en œuvre un programme national d'assurance qualité ✓ renforcer l'usage rationnel des produits de santé à différents niveaux du système de santé y compris dans les hôpitaux
	2.1.2 Renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la santé de la mère et de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ✓ poursuivre le repositionnement de la planification familiale ✓ poursuivre la mise en œuvre de la PCIME au niveau de l'ensemble des CSPS et au niveau communautaire ✓ assurer une offre de soins en matière de SR à tous les niveaux du système de santé ✓ assurer la permanence de l'offre de soins d'accouchements, de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base dans les CSPS et complets au niveau de l'ensemble des structures de référence ✓ poursuivre la mise en œuvre de la PTME/VIH ✓ Poursuivre la mise en œuvre des TETU dans toutes les structures de référence ✓ assurer une prise en charge efficace de la santé du nouveau-né
	2.1.3 Renforcement des services de santé à base communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ développer et mettre en œuvre une politique de santé communautaire ✓ renforcer les compétences et l'appui aux agents de santé communautaire ✓ opérationnaliser un processus de coordination des interventions au niveau communautaire ✓ renforcer les capacités des communautés à prendre en charge

		efficacement leurs problèmes de santé
	2.1.4 Renforcement de l'offre de services de nutrition de qualité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ renforcer la surveillance et la prise en charge nutritionnelle des enfants ✓ promouvoir les pratiques appropriées de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ✓ renforcer la lutte contre les carences en micronutriments ✓ renforcer la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition ✓ améliorer la mise en œuvre du PMA nutrition dans les structures d'offre de soins ✓ renforcer l'offre de services à base communautaire en matière de nutrition ; ✓ renforcer la coordination intra sectorielle et la collaboration intersectorielle en matière de nutrition
	2.1.5 Renforcement de la réponse du système de santé aux urgences et aux situations de catastrophe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ renforcer la préparation et la réponse aux situations d'urgences sanitaires ✓ mettre en place un système de gestion sanitaire des catastrophes ✓ renforcer la coordination intra sectorielle et la collaboration intersectorielle en matière de gestion des catastrophes

Orientation stratégique 3 : Développement des ressources humaines pour la santé		
Objectifs spécifiques	Axes d'intervention	Actions prioritaires
3.1 Assurer le respect des normes en personnels dans 80%des services de santé en milieu urbain et rural	3.1.1 Rationalisation de la gestion des ressources humaines pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ élaborer et mettre en œuvre une politique et un plan de gestion des ressources humaines pour la santé ✓ élaborer des plans spécifiques de recrutement, de répartition, d'utilisation et de carrière des ressources humaines pour la santé ✓ élaborer des outils de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de ces plans ✓ rendre fonctionnel l'observatoire des ressources humaines pour la sante ✓ renforcer les capacités opérationnelles de la DRH et des structures déconcentrées de gestion des ressources humaines
3.2 Améliorer la qualité et la motivation des ressources humaines pour la santé	3.2.1 Production de ressources humaines de qualité pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ redéfinir les profils pertinents des professionnels de santé selon les priorités du secteur de la santé ; ✓ Adapter les curricula de formation aux besoins du système de santé ✓ élaborer et mettre en œuvre un plan de formation ✓ élaborer une stratégie nationale de formation continue avec des plans consolidés de formation continue à tous les niveaux du système de santé ✓ renforcer les capacités institutionnelles des institutions de formation ✓ renforcer la coordination entre le ministère de la santé et les institutions de formation du personnel de santé ✓ mettre en œuvre un système de supervision formative adapté ✓ développer des mécanismes d'incitation et de motivation ✓ promouvoir de meilleures conditions de travail pour le personnel

Orientation stratégique 4 : Promotion de la santé et lutte contre la maladie		
Objectifs spécifiques	Axes d'intervention	Actions prioritaires
4.1 Renforcer les attitudes et les pratiques individuelles, familiales et communautaires favorables à la santé	4.1.1 Renforcement de la communication pour le changement de comportement (CCC)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ mettre en œuvre les plans stratégiques de communication pour la santé ✓ renforcer les capacités des communes, des associations, des OBC, des ASC et de la société civile pour l'élaboration et la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé ✓ mettre en œuvre des actions de communication interpersonnelle par les différents canaux communautaires ✓ développer un partenariat formel avec les médias, le secteur privé, les centres communautaires et les organisations de la société civile ✓ renforcer l'éducation pour la santé et la prévention des différents problèmes de santé pour les jeunes et adolescents y compris en milieu scolaire et universitaire
4.2 Réduire les mortalités et morbidités dues aux maladies transmissibles et non transmissibles.	4.2.1 Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ renforcer le système de surveillance à tous les niveaux ✓ renforcer la capacité des laboratoires pour la surveillance des maladies ✓ rendre opérationnel un comité national multisectoriel de coordination de la réponse aux épidémies ✓ renforcer les capacités de réponse au VIH, à la tuberculose, au paludisme, aux maladies diarrhéiques, aux IRA et aux autres maladies transmissibles ✓ impliquer davantage le secteur privé dans la prise en charge du VIH/SIDA, du paludisme, des diarrhées et des IRA, de la tuberculose et des autres maladies transmissibles ✓ mettre en œuvre les programmes spécifiques visant l'éradication, l'élimination et le contrôle des maladies d'intérêt spécial y compris les maladies tropicales négligées ✓ renforcer l'immunisation universelle
	4.2.2. Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ rendre disponibles les bases factuelles sur les maladies chroniques non transmissibles et leurs facteurs de risque ; ✓ développer et mettre en œuvre une politique et un plan stratégique pour la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles ✓ renforcer le système de surveillance à tous les niveaux ✓ mettre en œuvre des activités de prévention des maladies non transmissibles ✓ renforcer les capacités de prise en charge des maladies non transmissibles prioritaires

Orientation stratégique 5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé		
Objectifs spécifiques	Axes d'intervention	Actions prioritaires
5.1. Assurer le respect des normes en infrastructures sanitaires dans au moins 85% des structures de santé ;	5.1.1. Renforcement en infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> ✓ réviser les normes en infrastructures sanitaires par niveau ✓ construire de nouvelles infrastructures sanitaires répondant aux normes par niveau ✓ construire de nouvelles infrastructures administratives répondant aux missions et attributions normaliser les infrastructures sanitaires incomplètes ✓ réhabiliter les infrastructures existantes ✓ réfectionner les infrastructures existantes
5.2. Assurer le respect des normes en équipement dans au moins 85% des structures sanitaires;	5.2.1. Renforcement des équipements et de la maintenance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ élaborer et mettre en œuvre la politique nationale, d'équipement et de maintenance biomédicale ✓ réviser les normes en équipements des structures administratives et de soins ✓ renforcer les capacités des structures pour la maintenance ✓ assurer la maintenance préventive et curative des équipements ✓ renforcer les plateaux techniques des formations sanitaires suivant les besoins par niveau de soins
5.3. Rendre disponibles les produits de santé (médicaments, vaccins, produits médicaux et technologies) dans 95%% des cas à tous les niveaux ;	5.3.1. Amélioration de la disponibilité des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, produits médicaux et technologies)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ mettre en œuvre la politique pharmaceutique nationale ✓ mettre en œuvre la politique nationale de développement des laboratoires ✓ mettre en œuvre la politique nationale de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle ✓ élaborer et mettre en œuvre un programme de développement de la pharmacie hospitalière ✓ renforcer l'organisation du système public d'approvisionnement et de distribution en produits de santé ✓ renforcer les capacités de contrôle de qualité des produits de santé essentiels et des analyses de laboratoire ✓ renforcer le dispositif national de mise sur le marché et de surveillance des produits de santé ✓ promouvoir un système national de vigilance et de l'usage rationnel des produits de santé ✓ promouvoir la production locale des médicaments génériques et de la pharmacopée traditionnelle ✓ renforcer la lutte contre la vente illicite des médicaments ✓ mettre en œuvre le plan stratégique de renforcement de la sécurité transfusionnelle sur l'ensemble du territoire

Orientation stratégique 6 : Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire		
Objectifs spécifiques	Axes d'intervention	Actions prioritaires
6.1. Assurer la disponibilité d'informations sanitaires de qualité à tous les niveaux ;	6.1.1. Production de l'information sanitaire de qualité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ renforcer le processus de production de l'information sanitaire à tous les niveaux, y compris la prise en compte des données communautaires ✓ renforcer le dispositif de collecte de données du secteur privé de santé ✓ élaborer un schéma directeur du système d'information hospitalier ✓ développer des cadres de concertations régulières avec les structures produisant des données démographiques et sociales comme le CNRFP, le CRSN, l'INSD, l'ISSP etc. ✓ renforcer les capacités opérationnelles des acteurs du SNIS ✓ mettre en réseau les différentes entités qui produisent de l'information sanitaire (hôpitaux, les DRS, districts sanitaires.) ✓ développer des enquêtes spécifiques sur l'état de santé de la population ✓ mettre en place un dispositif de contrôle de qualité des données produites à tous les niveaux du système de santé
6.2. Renforcer l'utilisation de l'information sanitaire dans la prise de décisions	6.2.1. amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ renforcer le processus d'analyse et d'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux ✓ développer des systèmes informatiques interopérables pour la prise de décision ✓ rendre fonctionnel le site WEB du MS. assurer la documentation et la dissémination des bonnes pratiques ✓ mettre à jour régulièrement la carte sanitaire nationale

Orientation stratégique 7 : Promotion de la recherche pour la santé		
Objectifs spécifiques	Axes d'intervention	Actions prioritaires
7.1. Accroître la production et l'utilisation des résultats de recherche en santé	7.1.1. Renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles du Ministère de la Santé dans le domaine de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> ✓ renforcer le dispositif de coordination de la recherche au sein du MS ✓ renforcer les capacités opérationnelles du MS en matière de recherche ✓ renforcer les institutions de recherche du MS ✓ mettre en place un dispositif fonctionnel de diffusion des résultats de la recherche améliorée la prise en compte des évidences dans le processus de prise de décision pour la définition des politiques et programmes de santé ✓ renforcer le fonds destiné à financer la recherche de manière à assurer un accompagnement systématique des programmes de santé par des activités de recherche ✓ assurer la mise à jour des priorités de recherche pour la santé ✓ assurer le suivi et l'évaluation du plan national de développement de la recherche en santé
7.2. Renforcer les capacités en matière de réglementation, d'évaluation éthique et scientifique	7.2.1. Amélioration des capacités du Ministère de la santé en matière de réglementation et d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ renforcer les compétences des acteurs en matière de réglementation ✓ renforcer les compétences des acteurs en matière d'évaluation éthique et scientifique
	7.2.2. Développement d'un partenariat en matière de recherche en santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ participer aux différentes rencontres scientifiques aussi bien au plan national que international ✓ renforcer les capacités des acteurs de la recherche au sein du MS en matière de plaidoyer en partenariat et en mobilisation des ressources en faveur de la recherche ✓ faciliter les échanges avec les institutions spécialisées dans la recherche ✓ mettre en place un dispositif de communication entre le MS et ces différentes institutions

Orientation stratégique 8 : Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé		
Objectifs spécifiques	Axes d'intervention	Actions prioritaires
8.1. Mobiliser au moins 95% des ressources financières pour une mise en œuvre efficace et efficiente des interventions programmées dans le PNDS 2011-2020	8.1.1. Mobilisation des ressources financières en faveur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ améliorer le recouvrement des recettes propres à tous les niveaux ✓ mettre à jour la politique de financement de la santé ✓ renforcer le partenariat national et international à travers le COMPACT ✓ renforcer la mobilisation des ressources extérieures ✓ faire le plaidoyer pour l'accroissement de la part du budget de l'Etat alloué à la santé conformément à l'esprit de la déclaration d'Abuja ✓ mettre les collectivités territoriales à contribution pour une mobilisation des ressources à travers leurs ressources propres dans le cadre de la décentralisation ✓ promouvoir des initiatives innovantes de financement dans le domaine de la santé
		8.1.2. Gestion efficiente des ressources financières allouées à la santé
8.2. Assurer l'accessibilité financière des populations aux soins essentiels de santé	8.2.1. Amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ prendre une part active au processus de mise en place de l'assurance maladie universelle ✓ poursuivre la promotion des mécanismes de partage des risques maladies ✓ assurer la prise en charge sanitaire des indigents ✓ élargir la gamme de prestations couvertes par les subventions et assurer leur pérennisation

VI. MISE EN ŒUVRE

6.1. CADRE INSTITUTIONNEL

La mise en œuvre du PNDS 2011-2020 est envisagée selon l'approche sectorielle. Dans cette perspective, le Ministère de la santé avait déjà amorcé des échanges sur cette question avec différents partenaires techniques et financiers depuis 1998 au moment de la préparation de l'élaboration de la PSN.

Les objectifs poursuivis à travers une telle option sont 1) renforcer le leadership du gouvernement dans la prise de décisions en matière de politique sanitaire 2) accroître la cohérence entre la politique de santé, les dépenses et les résultats et 3) minimiser les coûts de transactions liés à l'apport de l'appui extérieur au secteur de la santé. Il s'agit donc d'un processus avec plusieurs composantes dont la mise en cohérence de manière efficace, nécessite du temps mais également un pilotage et un suivi systématique. La fonction première du cadre institutionnel envisagé est de permettre une construction progressive mais efficace de l'approche sectorielle qui permettra à termes de i) renforcer davantage le leadership du gouvernement dans la conduite d'un programme unique autour duquel adhère l'ensemble des partenaires ii) renforcer le partenariat et une mobilisation coordonnée des ressources en faveur du PNDS, iii) mettre en œuvre l'harmonisation fiduciaire des mécanismes de l'aide au développement et iv) renforcer la coordination technique au sein du Ministère de la santé. A cet effet, le dispositif institutionnel sera révisé pour l'adapter aux spécificités.

6.1.1. CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ (CSS)

Il est envisagé la mise en place d'une instance nationale de pilotage appelée Conseil supérieur de la santé. Il s'agit d'un organe chargé d'orienter, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre des politiques et programmes de santé. A ce titre, le Conseil supérieur de la santé est chargé entre autres de: i) valider les objectifs annuels et triennaux du PNDS, ii) servir de cadre permanent de concertation sur la mise en œuvre du PNDS, iii) veiller à l'implication effective de tous les acteurs concernés dans la mise en œuvre de la PNS, iv) apprécier le degré des résultats atteints par le PNDS à travers les plans annuels et triennaux.

Il est placé sous l'autorité directe du chef de gouvernement. Un décret précisera sa composition, son organisation et son fonctionnement.

6.1.2. COMITÉ DE SUIVI

Le ministère de la santé mettra en place un comité de suivi chargé de l'administration de la mise en œuvre du PNDS.

Présidé par le Ministre de la santé, le Comité de suivi qui implique l'ensemble des acteurs et partenaires techniques et financiers du Ministère de la santé se réunit deux fois par an afin de: i) veiller à la mise en œuvre du PNDS ; ii) assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans et programmes ; iii) donner des avis techniques sur la mise en œuvre des plans annuels ; iv) organiser les revues annuelles du Ministère de la santé ; v) valider les rapports de progrès du PNDS et d'adopter les

différents plans (triennaux, annuels). En plus des rencontres régulières semestrielles, le Comité de suivi organise des missions de sorties conjointes.

En raison de l'avancée significative du processus de décentralisation, la mise en œuvre du PNDS fera l'objet d'un suivi par un comité régional de suivi (CRS/PNDS) placé sous la présidence du gouverneur de région. Ce comité régional impliquera les collectivités territoriales et les districts sanitaires de la région ainsi que des différents acteurs de la santé.

Un arrêté interministériel fixera la composition, l'organisation et le fonctionnement dudit comité.

6.1.3. SECRÉTARIAT PERMANENT DU PNDS (SP/PNDS)

Le comité de suivi sera doté d'un Secrétariat permanent. Le Secrétaire permanent est nommé par décret en conseil de Ministres. Il s'agit d'une structure permanente qui assure le suivi quotidien de la mise en œuvre du PNDS 2011-2020. Tout en assurant le secrétariat du Conseil supérieur de la santé et du Comité de suivi, le SP/PNDS promeut l'approche sectorielle. A ce titre, il coordonne la mise en œuvre du PNDS 2011-2020 et du Compact national.

Un arrêté du Ministre de la santé fixera les modalités d'organisation et de fonctionnement du SP/PNDS.

6.2. PROCESSUS DE PLANIFICATION

La mise en œuvre du PNDS 2011-2020 se fera à travers des plans triennaux, les projets d'établissement des hôpitaux, des plans de développement des régions et des plans de développement sanitaire des districts. Ces derniers tiendront compte des plans communaux de développement et des plans de tous les autres acteurs de l'espace sanitaire (structures privées, ONG/ Associations etc.). Ainsi, sur la base du plan triennal adopté, la DEP élabore et diffuse une note d'orientation accompagnée du plan triennal et élabore chaque année des directives de planification en se focalisant sur les résultats attendus. Les différentes structures du Ministère de la santé élaborent leur plan d'action annuel sur la base de leur plan de développement et du plan triennal qui font l'objet de revue technique avant leur adoption par les instances habilitées. Ces plans sont soumis aux sessions de financement.

Au regard de l'expérience acquise, les critères d'allocation devront être revus pour tenir compte des nouvelles initiatives.

6.3. SUIVI ET ÉVALUATION

Pour assurer une bonne efficacité dans la mise en œuvre du PNDS 2011-2020, il sera élaboré un plan spécifique de suivi et d'évaluation fondé sur les objectifs suivants :

- définir l'objectif et les domaines d'investigation avec les parties prenantes ;
- Identifier le type d'information et les indicateurs de performance à décrire pour assurer un bon suivi de sa mise en œuvre conformément aux objectifs préalablement retenus dans ledit plan ;

- développer des outils de collecte de données adaptés aux résultats attendus de la mise en œuvre de ce plan ;
- décrire le processus de collecte, d'analyse et de l'exploitation des données quotidiennes à collecter périodiquement pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2020 ;
- mettre en place un bon cadre de communication et d'information pour une meilleure exploitation des résultats réalisés après une mise en œuvre périodique du plan ;
- mettre à la disposition de l'autorité chargée de la prise de décisions correctives des informations pour orienter au fur et à mesure la mise en œuvre du plan.

En plus d'une évaluation à mi-parcours qui sera réalisée ainsi qu'une évaluation finale, il sera organisé dans le cadre du suivi : les sorties conjointes avec les acteurs impliqués sous la responsabilité du comité de suivi, une revue annuelle et une revue à mi-parcours du secteur de la santé dans la perspective d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs du PNDS 2011-2020.

VII. FINANCEMENT DU PNDS 2011-2020

7.1. ESTIMATION DU COUT

7.1.1. CADRAGE BUDGÉTAIRE

L'examen du budget de l'Etat au cours des dix dernières années indique que les dotations du secteur de la santé ont connu une augmentation progressive de 2001 à 2010, représentant une moyenne de 12% du budget total de l'Etat par an. Par rapport à l'engagement pris par les chefs d'Etat à Abuja au Nigeria, le Burkina, depuis 2008, a atteint l'objectif qui était de consacrer au moins 15% des budgets annuels à l'amélioration du secteur de la santé. Pour la même période, la dépense publique de santé a représenté en moyenne 3% du PIB par an.

7.1.2. HYPOTHÈSES D'ESTIMATION

L'évaluation des coûts du PNDS 2011-2020 s'est faite à l'aide de l'outil MBB¹⁴ de planification et de budgétisation basée sur les résultats. Cet outil a été développé pour améliorer l'efficacité et faciliter l'identification des goulots d'étranglement dans la mise en œuvre des IGR. Les données de base retenues sont celles validées par les enquêtes et l'annuaire statistique 2009. La procédure de budgétisation qui consistait à retenir des interventions « traceurs » par niveau de prestations en rapport avec la politique nationale de santé a été appliquée. Cela a conduit à faire l'analyse de leurs déterminants en termes de disponibilité des intrants essentiels, de ressources humaines, d'accessibilité, d'utilisation de ces services par la population, de couverture adéquate et de couverture effective. En outre, elle a permis de définir les stratégies, de fixer des objectifs et de déterminer les impacts en les liant aux coûts des interventions pour chaque phase pour la mise en œuvre des interventions qui ont un impact sur la santé de la population.

Sur la base des données programmatiques prises en compte dans l'outil MBB, certains indicateurs atteindront des niveaux suivants pour respecter les engagements pris par le Burkina sur les OMD comme présenté dans le tableau n°3.

Tableau 3 : Niveau attendu des OMD avec la mise en œuvre du PNDS 2011-2020 en 2010 et en 2015

Indicateurs	2012	2015
% de réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans du niveau de 1990	39,1%	63,5%
% d'atteinte de l'OMD4	58,7%	95,2%
% réduction du ratio de mortalité maternelle du niveau de 1990	27,5%	49,9%
% d'atteinte de l'OMD5	36,6%	66,5%
% d'atteinte de l'OMD1	44,0%	90,2%
% d'atteinte de l'OMD6 (paludisme)	84,9%	100%
% de population utilisant l'eau potable	50,9%	69,7%
% d'atteinte de l'OMD (AEP)	100%	100%
% de la population couverte par des services d'hygiène et d'assainissement	42,1%	54,1%
% d'atteinte de l'OMD 7 (hygiène et assainissement)	84,2%	100%

Source : Ministère de la santé, MBB, novembre 2010

¹⁴ MBB : Marginal budgeting for bottlenecks

7.1.3. COÛT PRÉVISIONNEL GLOBAL

Les ressources financières requises pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2020 sont estimées à 5 705,72 milliards de FCFA, soit 12,68 milliards de dollar US¹⁵. L'utilisation de l'outil MBB a permis d'obtenir en termes d'allocations : 36,0% du budget global aux services à base communautaire et familiale 24,5% du budget aux soins cliniques individuels et 19,3% aux services orientés vers les populations.

Le tableau n°4 ci-après présente les ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS 2011-2020 par orientation stratégique et par année. Il ressort que le budget prévisionnel est alloué prioritairement à l'orientation stratégique 3 « Développement des ressources humaines pour la santé » à hauteur de 42,5% ; à l'orientation stratégique 5 « Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé » à hauteur de 26,1% et à l'orientation stratégique 2 « Amélioration des prestations des services de santé » à hauteur de 13,1%.

Tableau 4 : Coût prévisionnel du PNDS par orientation stratégique et par année

Orientations stratégiques	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total général	%
Orientation 1	5,37	6,38	8,16	10,64	13,81	17,29	21,05	25,08	29,37	33,91	171,06	3,00%
Orientation 2	38,84	51,36	61,04	79,03	88,83	80,06	77,73	88,52	89,17	91,9	746,47	13,10%
Orientation 3	105,64	126,37	147,11	169,98	202,74	266,16	324,1	350,95	357,01	375,78	2 425,83	42,50%
Orientation 4	18,06	19,03	19,54	20,04	19,17	22,49	28,35	31,24	42,24	51,68	271,83	4,80%
Orientation 5	54,5	96,67	119,83	141,14	143,16	170,24	189,64	181,75	185,47	209,46	1 491,85	26,10%
Orientation 6	1,06	1,77	2	2,53	2,8	3,08	3,35	3,62	3,89	4,15	28,24	0,50%
Orientation 7	5,07	5,81	8,17	10,98	12,85	14,77	16,73	18,73	20,77	22,86	136,74	2,40%
Orientation 8	17,06	20,69	24,27	27,81	32,6	39	47,49	58,69	73,41	92,68	433,7	7,60%
Coût total en milliards de F.CFA	245,59	328,08	390,1	462,15	515,97	613,08	708,43	758,57	801,33	882,43	5 705,72	100,00%
Coût total en millions de dollar US	545,75	729,06	866,89	1 027,00	1 146,60	1 362,41	1 574,28	1 685,71	1 780,73	1 960,95	12 679,37	
Coût total en millions d'Euros	374,4	500,15	594,7	704,54	786,59	934,64	1 079,99	1 156,43	1 221,62	1 345,25	8 698,31	

Source : Ministère de la santé, MBB, novembre 2010

Légende :

Orientation stratégique 1. Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur santé

Orientation stratégique 2. Amélioration des prestations des services de santé

Orientation stratégique 3. Développement des ressources humaines pour la santé

Orientation stratégique 4. Promotion de la santé et lutte contre la maladie

Orientation stratégique 5. Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé

Orientation stratégique 6. Promotion de la recherche pour la santé

Orientation stratégique 7. Amélioration de la gestion du système d'informations sanitaire

Orientation stratégique 8. Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé

La répartition du financement annuel prévisionnel par tête d'habitant passe de 15 114 FCFA soit 34 USD en 2011 à 27 965 F.CFA soit 62 USD en 2015 et à 41 024 FCFA soit 91 US D en 2020. Cette budgétisation a pris en compte les réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de construction et de réhabilitation des centres de santé et de promotion sociale des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux, de transformation des centres médicaux avec antenne chirurgicale en

¹⁵ Taux du dollar = 450 FCFA

hôpitaux de districts ainsi que les engagements pris par le gouvernement en vue de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement en 2015.

Toutefois, pour la période 2016-2020, un scénario visant la consolidation des acquis de la phase 2011-2015 a été envisagé. La détermination de ce scénario est basée sur la maîtrise de l'inflation en dessous du seuil de 3% : ce qui devrait aboutir à la variation du budget de la santé par tête d'habitant de 2,5% en moyenne par an de 2015 à 2020. Ce scénario donne un budget prévisionnel du PNDS 2011-2020 évalué à 4 990,2 milliards de F.CFA soit 11, 09 milliards de dollars US sur les dix années du PNDS 2011-2020. Ce budget bien qu'ambitieux est nécessaire pour l'atteinte des résultats escomptés. Le défi reste l'engagement politique confirmé au plus haut niveau du gouvernement et l'appui des partenaires techniques et financiers et des autres acteurs pour mobiliser et utiliser de manière efficiente les ressources.

Le financement du PNDS 2011-2020 sera assuré par le budget de l'Etat, les ménages, les collectivités territoriales, le secteur privé, les ONG nationales et internationales ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux. .

7.2. MODALITÉS DE GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES MOBILISÉES

La gestion des ressources financières du PNDS 2011-2020 se fera suivant l'approche sectorielle dont les principes de base sont; l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS, l'utilisation des procédures nationales de gestion, l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

Tout en respectant ces procédures nationales de gestion, les modalités de financement du PNDS 2011-2020, peuvent combiner plusieurs approches : l'appui budgétaire sectoriel et/ou global, les projets et programmes ainsi que les fonds spécialement affectés.

7.3. DISPOSITIF DE CONTRÔLE DE LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Des audits financiers annuels de l'ensemble des financements seront effectués et des rapports financiers périodiques, seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. De même, des contrôles par les corps de contrôle de l'Etat seront maintenus et renforcés.

ANNEXES

ANNEXE 1 : SCÉNARIIS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ À PARTIR DU BUDGET PAR TÊTE D'HABITANT

Scénarii	Désignation	Phase 1		Phase 2			Phase 3					Total général (FCFA)
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Population		16 248 558	16 779 206	17 322 796	17 880 386	18 450 494	19 034 397	19 632 147	20 244 080	20 870 060	21 510 181	
Scénario initial	Budget par tête d'habitant (USD)	34	43	50	57	62	72	80	83	85	91	
	budget prévisionnel (milliards F.CFA)	245,6	328,1	390,1	462,1	516,0	613,1	708,4	758,6	801,3	882,4	5 705,7
	budget prévisionnel (millions USD)	545,7	729,1	866,9	1 027,0	1 146,6	1 362,4	1 574,3	1 685,7	1 780,7	1 961,0	12 679,4
Scénario alternatif	Budget par tête d'habitant (USD)	34	43	50	57	62	64	65	67	68	70	
	budget prévisionnel (milliards F.CFA)	245,6	328,1	390,1	462,1	516,0	544,3	575,5	608,2	642,7	677,6	4 990,2
	budget prévisionnel (millions USD)	545,7	729,1	866,9	1 027,0	1 146,6	1 209,6	1 278,8	1 351,6	1 428,3	1 505,7	11 089,4

ANNEXE 2 : PROJECTION DE LA POPULATION POUR LES 10 PROCHAINES ANNÉES

Régions	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Boucle du Mouhoun	1 631 321	1 677 018	1 723 830	1 771 896	1 821 059	1 871 492	1 923 192	1 976 217	2 030 595	2 086 333
Cascades	637 279	661 936	687 170	713 059	739 497	766 540	794 192	822 445	851 276	880 686
Centre	2 136 581	2 231 807	2 329 499	2 429 718	2 532 311	2 637 303	2 744 666	2 854 356	2 966 307	3 080 375
Centre-Est	1 302 449	1 343 079	1 384 663	1 427 320	1 470 903	1 515 518	1 561 208	1 607 993	1 655 846	1 704 810
Centre-Nord	1 375 380	1 416 895	1 459 402	1 502 994	1 547 565	1 593 214	1 639 966	1 687 858	1 736 887	1 787 082
Centre-Ouest	1 348 784	1 387 860	1 427 894	1 468 966	1 510 975	1 554 040	1 598 159	1 643 388	1 689 721	1 737 197
Centre-Sud	722 631	742 378	762 632	783 430	804 709	826 548	848 940	871 927	895 498	919 681
Est	1 416 229	1 464 366	1 513 642	1 564 144	1 615 740	1 668 520	1 722 513	1 777 738	1 834 166	1 891 813
Hauts-Bassins	1 718 161	1 776 803	1 836 838	1 898 361	1 961 204	2 025 513	2 091 282	2 158 541	2 227 277	2 297 496
Nord	1 343 897	1 382 111	1 421 253	1 461 430	1 502 527	1 544 677	1 587 866	1 632 149	1 677 542	1 724 065
Plateau Central	785 746	807 444	829 692	852 536	875 910	899 884	924 474	949 697	975 568	1 002 106
Sahel	1 121 764	1 158 147	1 195 388	1 233 559	1 272 545	1 312 463	1 353 307	1 395 109	1 437 848	1 481 543
Sud-Ouest	708 336	729 362	750 893	772 973	795 549	818 685	842 382	866 662	891 529	916 994
Burkina Faso	16248558	16779206	17322796	17880386	18450494	19034397	19632147	20244080	20870060	21510181

Source : Projections démographiques nationales 2007-2020 INSD Août 2009

ANNEXE 3 : IMPACT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2011-2020

	Niveau de référence	Projection à la fin de la 1ère phase (2012)	Réduction	% de réduction du niveau de base	Projection à la fin de la 2ème phase (2015)	Réduction	% de réduction du niveau de base	Projection à la fin de la 3ème phase (2020)	Réduction	% de réduction du niveau de base
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	184,00	113,85	70,15	38,1%	68,30	115,70	62,9%	54,69	129,31	70,3%
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	81,00	49,91	31,09	38,4%	30,47	50,53	62,4%	24,04	56,96	70,3%
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	31,00	18,90	12,10	39,0%	12,03	18,97	61,2%	9,16	21,84	70,4%
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	484,00	403,29	80,71	16,7%	278,57	205,43	42,4%	241,38	242,62	50,1%
Taux de mortalité des adultes due à la Tuberculose (pour 100 000)	62,84	45,71	17,13	27,3%	37,53	25,31	40,3%	30,48	32,36	51,5%
Mortalité des adultes due VIH/SIDA (pour 100 000)	48,57	22,52	26,05	53,6%	10,03	38,54	79,3%	2,70	45,86	94,4%
Taux de mortalité des adultes due au paludisme (pour 100 000)	7,25	4,82	2,42	33,5%	3,06	4,19	57,8%	2,47	4,78	65,9%
Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	0,29	0,27	0,01	5,1%	0,24	0,04	14,8%	0,23	0,05	18,9%

