

MINISTERE DE LA SANTE

.....



BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

**STRATEGIE DU PROGRAMME BUDGETAIRE 057
PILOTAGE ET SOUTIEN DES SERVICES DE
SANTE 2020-2022**

Septembre 2020

Avant-propos

Le système de santé du Burkina Faso, hérité de l'ère coloniale, a connu une grande évolution au fil des années avec parfois des ruptures assez nettes en termes de choix stratégiques. La politique sanitaire nationale élaborée en 2000 a été révisée en 2011 pour prendre en compte les changements importants intervenus dans le monde et plus particulièrement dans la région africaine et au plan national.

Malgré des succès tangibles tels que l'éradication de la dracunculose et de la poliomyélite et des progrès encourageants dans la lutte contre certaines maladies comme l'onchocercose, la rougeole, le VIH, notre système de santé montre des faiblesses dans la gouvernance. Les défis en matière de pilotage peuvent s'appréhender sous l'angle du leadership et de la gouvernance, de l'organisation, de l'information sanitaire, du financement, des ressources humaines et matérielles... Un changement de paradigme s'impose donc afin de pouvoir dépasser la simple notion que le système de santé peut être construit uniquement autour des maladies ou des interventions verticales. C'est fort d'une telle vision que le pilotage du système de santé a été inscrit dans nos référentiels de planification.

L'élaboration de ce document de pilotage et de soutien des services de santé s'inscrit en droite ligne dans le souci de notre système de santé à répondre efficacement aux défis de gouvernance. Ce document est le résultat d'un processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé sur les priorités du système de santé. Il fournit une orientation stratégique claire, pertinente et consensuelle tenant compte des opportunités nationales et internationales pour le développement d'une action sectorielle plus efficace, mieux ciblée sur les problèmes prioritaires de santé de pilotage et centrée autour des produits à haut impact sur la santé.

En adoptant ce document, le Ministère de la santé marque ainsi sa volonté de réaliser des progrès substantiels vers la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) et la couverture sanitaire universelle malgré un environnement sanitaire, sécuritaire et économique particulièrement difficile.

Je saisis cette opportunité pour adresser mes remerciements à tous les partenaires techniques et financiers qui n'ont ménagé aucun effort pour accompagner le processus.

Enfin, j'exhorte tous les acteurs nationaux et internationaux du système de santé et au-delà à s'impliquer activement pour sa mise en œuvre et son suivi.

Madame le Ministre de la santé

Professeur Léonie Claudine LOUGUE/SORGHO

Chevalier de l'Ordre National

Table des matières

Avant-propos	ii
Liste des tableaux et figures	v
Liste des sigles et abréviations	vi
Résumé	viii
Introduction.....	ix
1. Définition des concepts	x
2. Contexte de justification.....	1
3. Aperçu sur le Burkina Faso	2
3.1. Données géographique et démographique	2
3.2. Situation administrative et politique	2
3.3. Situation socio-économique.....	3
3.4. Données socio-culturelles	4
4. Organisation du système de santé	4
5. Analyse de l'état de santé de la population.....	8
6. Analyse du pilotage et soutien des services de santé	9
6.1. Description du programme 057	9
6.2. Analyse du pilotage et soutien des services de santé	10
6.3. Leadership et gouvernance	10
6.4. Pilotage et soutien dans la prestation des services	14
6.5. Pilotage et soutien dans la gestion des ressources humaines en santé	17
6.6. Pilotage et soutien de la gestion de l'information sanitaire.....	20
6.7. Pilotage et soutien de la gestion des approvisionnements en produits de santé	23
6.8. Pilotage et soutien dans le financement de la santé	25
7. Synthèse des problèmes	27
8. Rappel sur les priorités du Programme 057 « pilotage et soutien des services du MS ».....	28
9. Cadre de la stratégie.....	29
9.1. Rappel de la vision et des fondements	29
9.2. Valeurs et principes directeurs.....	30
10. Résultats	32
11. Cadre logique	33
12. Analyse et gestion des risques	36
13. Dispositif de mise en œuvre du programme pilotage et soutien des services du MS	38
13.1. Cadre institutionnel	38

13.2.	Responsable de mise en œuvre	39
13.3.	Organes de mise en œuvre.....	39
13.4.	Suivi et évaluation.....	41
14.	Mécanisme de financement du programme pilotage et soutien des services du MS 42	
15.	Coût de la mise en œuvre	42
	Conclusion	44
	Références	45
	Annexesxi

Liste des tableaux et figures

Liste des tableaux

Tableau I : chaîne des résultats.....	32
Tableau II : cadre logique due la stratégie de pilotage et soutien des services du MS	33
Tableau III : mitigation des risques	37
Tableau IV : coûts de la stratégie par produits	42
Tableau V : analyse des problèmes de la gouvernance	xi
Tableau VI : planning des activités de la stratégie du pilotage et soutien des services de santé.....	xv
Tableau VII : cadre de performance	xxxiv

Liste des figures

Figure 1 : schéma de la pyramide sanitaire du Burkina Faso	7
--	---

Liste des sigles et abréviations

AG	Assemblée générale
AMP	Accord sur le marché public
AMU	Assurance maladie universelle
ANRP	Agence nationale de régulation pharmaceutique
BEIS	Bulletin d'épidémiologie et d'information sanitaire
BF	Burkina Faso
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CODI	Conseil de direction
COGES	Comité de gestion
CRD	Cadre régional de dialogue
CRTS	Centre régional de transfusion sanguine
CSD	Conseil de santé de district
CSD	Cadre sectoriel de dialogue
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CTRS	Comité technique régional de santé
DAF	Direction de l'administration et des finances
DGAP	Direction générale de l'accès aux produits de santé
DMEG	Dépôt de médicaments essentiels génériques
DRD	Dépôt répartiteur de district
DRS	Direction régionale de la santé
ECD	Equipe cadre de district
EMC	Enquête multisectorielle continue
ENDOS	Entrepôt de données sanitaires
FS	Formation sanitaire
GAR	Gestion axée sur les résultats
GFU	Groupe fermé d'utilisateurs
HD	Hôpital de district
HTA	Hypertension artérielle
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
IST	Infection sexuellement transmissible
LNSP	Laboratoire national de santé publique
MEG	Médicaments essentiels génériques
MS	Ministère de la santé
OBC	Organisation à base communautaire
ODD	Objectifs de développement durable

OMC	Organisation mondiale sur le commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG/AD	Organisation non gouvernementale, Association de développement
OOAS	Organisation ouest-africaine de la santé
PA	Plan d'action
PNDES	Plan national de développement économique et social
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé
PSS	Politique sectorielle santé
PTF	Partenaire technique et financier
PV	Procès-verbal
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitation
RH	Ressource humaine
RHS	Ressource humaine pour la santé
RIME	Répertoire interministériel des métiers de l'Etat
SIGL	Système d'information en gestion logistique
SNIS	Système national d'information sanitaire
TIC	Technologie de l'information et de la communication
UA	Unité africaine
UEMOA	Union économique et monétaire ouest africaine
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

La stratégie « Pilotage et soutien des services du Ministère de la santé » est l'instrument de mise en œuvre du programme 057. Le programme a pour mission de bâtir et de consolider tous les piliers d'un système de santé efficace, efficient et résilient. La stratégie est placée sous la responsabilité de la direction générale des études et des statistiques sectorielles, la directrice générale étant responsable du programme budgétaire.

L'objectif stratégique du programme est de renforcer les capacités institutionnelles, organisationnelles, la gouvernance et le leadership dans le secteur de la santé à travers le renforcement des institutions de contrôle et la lutte contre la corruption.

La stratégie s'inspire des orientations politiques et programmatiques nationales contenues dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS), le Plan national de développement économique et social (PNDES), la Politique sectorielle santé (PSS).

Les valeurs et principes qui sous-tendent le pilotage et soutien des services du Ministère de la santé sont : la participation, la primauté de la loi, la gestion axée sur les résultats, la transparence, la réactivité, l'équité et le genre, la responsabilité et la redevabilité.

La stratégie s'opérera à travers (i) le pilotage, la coordination des actions du Ministère de la santé et la collaboration intersectorielle, (ii) l'accroissement des financements du secteur de la santé, (iii) la gestion des ressources financières et matérielles, (iv) la gestion des ressources humaines, (v) la planification, le suivi et l'évaluation, (vi) la construction/réhabilitation et l'équipement d'infrastructures administratives et éducatives, (vii) la régulation, la normalisation et la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé, (viii) l'information sanitaire, (ix) la promotion de la recherche pour la santé, (x) la communication.

Au total neuf (09) produits sont définis dans la chaîne de résultats. La réalisation des produits aura pour effet « la gouvernance et le leadership sont renforcés pour un système de santé performant, résilient et pérenne ». Cela aura pour impact « l'amélioration de l'état de santé des populations ».

Le coût total de la stratégie est estimé à cent cinquante milliards trois cent quatre-vingt-trois millions cinq cent vingt mille francs (150 383 520 000) FCFA.

Introduction

La vision du Ministère de la santé est de procurer un « meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant et résilient qui valorise la prévention et fait de l'approche communautaire des soins de santé primaires le socle vers la couverture sanitaire universelle ».

Pour atteindre cette vision, le Burkina Faso s'est engagé depuis le 1^{er} janvier 2017 dans une démarche de gestion axée sur les résultats à travers l'approche budget programme en réponse à la directive n°06/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009, portant loi de finances au sein de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Le genre est aussi pris en compte.

Cette réforme majeure entreprise vise l'amélioration de l'efficacité de l'action publique et l'instauration d'une véritable transparence et la redevabilité dans la gestion publique en rendant notamment plus lisibles les actions de développement à la fois pour le parlementaire et pour le citoyen.

Dans le secteur de la santé, l'adoption de cette réforme a abouti à la définition de quatre (04) programmes dont le programme 057 « Pilotage et soutien des services du Ministère de la santé ». Ce programme est animé par la Direction Générale des Études et des Statistiques Sectorielles (DGESS) et a pour objectif stratégique de « renforcer les capacités institutionnelles, organisationnelles, la gouvernance et le leadership dans le secteur de la santé à travers le renforcement des institutions de contrôle et la lutte contre la corruption ». Ainsi, la DGESS a élaboré le présent document de stratégie avec l'implication de toutes les parties prenantes intervenant dans le système de santé. Les trois autres (03) programmes budgétaires sont le programme 055 « Accès aux services de santé », le programme 056 « Santé publique » et le programme 146 « Accès aux produits de santé ».

Ce document s'articule autour des points suivants :

- définition des concepts,
- contexte et justification,
- aperçu sur le Burkina Faso,

- analyse de la gouvernance,
- problèmes prioritaires,
- cadre de la gouvernance,
- dispositif de mise en œuvre,
- mécanisme de financement,
- analyse et gestion des risques.

1. Définition des concepts

Système de santé : L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son rapport 2008 sur la santé dans le monde, a défini le système de santé comme étant « toutes les organisations, personnes et actions dont l'intention première est de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé ». Le système de santé comprend donc tous les éléments qui permettent d'identifier et de satisfaire les besoins de la population. Trois grands groupes le constituent : les personnels de santé, les institutions chargées de l'organisation administrative et financière et la population en tant qu'utilisatrice des services de santé.

Les six piliers de l'OMS¹ : L'OMS a défini six (6) piliers qui composent le système de santé. Ce sont :

- *le leadership et la gouvernance* : cette notion renvoie au mode de management dans une institution donnée. C'est la mise en œuvre des moyens humains et matériels d'une entreprise pour atteindre ses objectifs. Il correspond à l'idée de gestion et de pilotage appliquée à une entreprise ou une unité de celle-ci.
- *les prestations de service* : il s'agit d'un ensemble d'actes fournis par les personnels de santé dans le sens de l'amélioration de la santé des populations à travers l'offre des soins essentiels complets, intégrés, équitables, adaptés et de qualité.
- *les personnels de santé* (ressources humaines pour la santé) : c'est toute personne qui exerce ses compétences et son jugement, fournit un service lié au maintien, à l'amélioration de la santé des individus, ou au traitement des individus malades, souffrant d'un handicap ou d'une infirmité en leur prodiguant des soins.

¹ OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2008

- *l'information sanitaire* : c'est une série de données ou un ensemble de renseignements choisis pour exprimer une situation sanitaire. Cette série comprend en général des données démographiques, épidémiologiques, socioéconomiques, culturelles et des données sur le système de santé. Elle est un apport précieux de connaissances permettant de mieux cerner les problèmes et de choisir facilement entre plusieurs solutions possibles. Elle facilite ainsi la prise de décision².

- *les techniques et produits médicaux essentiels* : Par techniques et produits médicaux essentiels, l'on entend notamment l'application de technologies et de compétences organisées sous forme de dispositifs, de médicaments, de vaccins, d'équipements biologiques, de procédures et de systèmes mis au point pour résoudre un problème de santé et améliorer la qualité de vie. Les applications de la cyber-santé (y compris les dossiers médicaux électroniques et les applications de la télémédecine) et les médicaments issus de la médecine traditionnelle sont inclus dans la définition des techniques et produits médicaux.

- *le financement de la santé* : c'est la collecte de fonds auprès de diverses sources (le gouvernement, les ménages, les entreprises et les partenaires) et leur mise en commun pour payer les services des prestataires de soins de santé publics et privés.

Gouvernance : La gouvernance désigne l'ensemble des processus, politiques, lois et institutions affectant la manière dont un pays, une institution, une société sont dirigés, administrés ou contrôlés³.

Bonne gouvernance : une gouvernance est considérée bonne ou équitable lorsque le fonctionnement des mécanismes d'une organisation respecte les droits et les intérêts des parties prenantes, dans un esprit démocratique. Elle est perçue comme la saine gestion des affaires publiques avec la participation des populations à la prise de décisions les concernant pour le renforcement de l'Etat de droit. Elle renvoie à la qualité du pilotage de la structure et au respect des règles de gestion⁴.

Pilotage et soutien du système de santé : appuis multidimensionnel et transversal au système de santé.

² MS, manuel de gestion de l'information sanitaire

³ DECRET N°2017-0625 PRES/PM/ MFPTPS portant modalités d'évaluation de la performance des structures de l'Administration publique.

⁴ Op cit.

2. Contexte de justification

L'état de santé des populations dépend dans une large part du fonctionnement de son système de santé qui doit être performant, résilient et pérenne, capable de prévenir les maladies, restaurer la santé et participer à la promotion de conditions favorables à l'atteinte d'un idéal qui est l'état de bien être complet de tous les citoyens.

Le renforcement des systèmes de santé des pays est une quête permanente et une recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Selon elle, un système de santé comprend l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but principal est d'améliorer la santé. C'est un ensemble interdépendant de composantes organisées en vue d'atteindre un but commun. La plupart des initiatives mettent uniquement l'accent sur les ressources, en rapport avec des affections particulières ou des groupes cibles particuliers, laissant habituellement pour compte les composantes relatives aux processus organisationnels. Or c'est au niveau de ces processus que se joue la structuration du système, c'est-à-dire l'articulation des moyens matériels et humains, celle des fonctions des divers organes et les modalités de leur collaboration.

Le Burkina Faso s'est engagé progressivement depuis l'année 2010 dans une démarche de gestion axée sur les résultats à travers l'approche budget programme en réponse à la directive n°06/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009, portant loi de finances au sein de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Cette réforme majeure entreprise vise l'amélioration de l'efficacité de l'action publique, l'instauration d'une véritable transparence et la redevabilité dans la gestion publique en rendant notamment plus lisibles les actions de développement à la fois pour le parlementaire et pour le citoyen. Elle prend en compte les engagements contenus dans les référentiels internationaux et nationaux que sont les Objectifs du développement durable (ODD), le Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020, la Politique nationale de santé (PNS), la Politique sectorielle santé (PSS) et le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020.

Dans le secteur de la santé, l'adoption de cette réforme a abouti à la définition de quatre (04) programmes budgétaires que sont le programme 055 « Offre de soins », le programme 056 « Santé publique », le programme 057 « Pilotage et soutien des services du Ministère de la santé » et le programme 146 « Accès aux produits de santé ». Chaque programme élabore un document de programmation budgétaire pluriannuel.

C'est dans ce contexte que la Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS) élabore la stratégie du programme pilotage et soutien des services du Ministère de la santé.

3. Aperçu sur le Burkina Faso

3.1. Données géographique et démographique

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé d'une superficie d'environ 274 200 km². Il est limité au Nord-ouest par le Mali, au Nord-est par le Niger, au Sud-est par le Bénin et au Sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo.

Le Burkina a un climat tropical de type soudanien avec une pluviométrie moyenne annuelle variant de 300 mm au Nord à plus de 1 200 mm au Sud-ouest.

La population du Burkina Faso est estimée à 20 244 080⁵ habitants en 2018, soit une densité d'environ 73,4 habitants/km².

Avec une croissance démographique de 3,16%⁶ et un indice synthétique de fécondité de 5,4 enfants par femme, la population pourrait atteindre 21 510 181 d'habitants en 2020. Le taux brut de natalité est estimé à 46,0‰ et celui de la mortalité générale est de 11,8‰. L'espérance de vie à la naissance était de 56,7 ans en 2006⁷. La population du Burkina Faso est caractérisée par son extrême jeunesse avec 47% de la population âgée de moins de 15 ans, ceux âgés de moins de 25 ans représentent 67% et 33,2% des jeunes ont un âge compris entre 15 et 35 ans.

3.2. Situation administrative et politique

Sur le plan administratif, le Burkina Faso est divisé en 13 régions et 45 provinces subdivisées en 351 départements et 8228 villages. Depuis 2004, le Burkina Faso

⁵ INSD, Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et par province, août 2009

⁶ Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) (2008).

⁷ RGPH 2006

s'est engagé dans une politique de décentralisation dans le but de renforcer les capacités d'action des collectivités territoriales par la création des régions et des communes (351) dont 49 communes urbaines et 302 communes rurales.

La Constitution du 11 juin 1991 qui consacre la quatrième République avec un régime constitutionnel, comprend trois pouvoirs distincts que sont les pouvoirs exécutifs, législatif et judiciaire. Elle a renforcé la mise en place d'institutions démocratiques et l'adoption de mesures et de politiques sectorielles.

Cependant, le Burkina Faso a connu en 2011 une série de crises sociopolitiques qui se sont manifestées par des contestations dans les milieux scolaire et étudiantin, syndical, militaire et paramilitaire. Par ailleurs, le pays a connu une insurrection populaire en octobre 2014, une transition politique en 2015, un retour à la stabilité politique en 2016 à travers l'élection d'un président démocratiquement élu et l'adoption d'un nouveau référentiel de développement dénommé PNDES 2016-2020.

3.3. Situation socio-économique

L'économie du Burkina Faso est caractérisée par sa faible diversité et sa forte dépendance de l'importation. L'activité économique est basée essentiellement sur l'agriculture, l'élevage et le commerce. L'industrie reste peu développée.

Le Burkina Faso connaît une croissance économique fluctuante, qui est marquée ces dernières années par un taux de croissance annuel moyen du Produit intérieur brut (PIB) de 5,5% entre 2011 et 2015. Mais le taux de croissance moyenne du PIB par habitant n'a été que de 2,3% à cause de la forte croissance démographique (3,1%). La population vivant en dessous du seuil de pauvreté au Burkina Faso est de 40,1% en 2014 (PNUD). La pauvreté est fondamentalement rurale, avec une incidence de 47,5% contre 13,6% en milieu urbain.

Les problèmes de sécurité alimentaire sont récurrents et la malnutrition reste très importante. Environ 30% de la population est confrontée à une insécurité alimentaire chronique. Le niveau de l'Indice de Développement Humain (IDH) du Burkina Faso était de 0,420 en 2014, le classant dans la catégorie des pays à faible niveau de développement.

Le Burkina Faso connaît depuis 2015, une situation sécuritaire précaire caractérisée par des attaques récurrentes surtout dans les régions du Sahel, du Centre-nord, de l'Est, de la Boucle du Mouhoun, du Centre-est et du Nord. Cette situation affecte le fonctionnement normal des formations sanitaires.

3.4. Données socio-culturelles

L'organisation sociale de certaines communautés est fortement hiérarchisée et la plupart des villages/quartiers possèdent des chefs coutumiers exerçant une autorité sur la population administrée. Cela influencerait les comportements de la population sur le recours aux soins.

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethnolinguistiques.

Les principales religions sont l'islam (60,5%), le christianisme (23,2%) et la religion traditionnelle (15,3%), (RGPH 2006).

Les inégalités relevées au niveau socio-culturel et religieux concernent : i) la persistance de la préséance du garçon par rapport à la fille dans le choix des naissances, dans le droit de succession et le droit de propriété ; ii) les inégalités et disparités dans la répartition du travail selon le sexe, qui donnent plus de charges à la femme par rapport à l'homme, avec des impacts dommageables sur leur santé, leur productivité, leur temps de loisir et leur réinvestissement en capital humain ; iii) l'existence et la perpétuation des pratiques traditionnelles qui sont néfastes à la femme (le lévirat, l'excision, les bastonnades, la polygamie imposée à la première épouse, les mariages précoces et forcés), et à l'homme (le sororat, la polygamie, le mariage forcé, le rejet des sollicitations du mari sur le lit conjugal). Toutes ces pratiques ont des conséquences négatives sur l'état de santé des femmes et des hommes.

4. Organisation du système de santé

Le système de santé du Burkina Faso, hérité de l'ère coloniale, a connu une grande évolution au fil des années avec parfois des ruptures assez nettes en termes de choix stratégiques. Depuis 1970, la lutte contre les endémo-épidémies était orientée vers une organisation axée sur la protection de la santé des populations en zones rurales à travers les plans quinquennaux de développement. Cette option se justifiait largement par le profil épidémiologique caractérisé par la prédominance de ces

endémo-épidémies (lèpre, rougeole, méningite, trypanosomiase.). Les stratégies adoptées privilégiaient la mise en place de centres fixes de soins et le développement d'équipes mobiles⁸.

De 1983 à 1987, le pays a entrepris des actions majeures dont la création des postes de santé primaires (PSP) gérés par la communauté avec encadrement des services de santé.

A partir de 1990, la situation épidémiologique est caractérisée par la persistance d'une morbidité et d'une mortalité toujours élevées. Pour faire face à cette situation, le ministère de la santé, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, s'est engagé dans une réforme de son système de santé basée sur la décentralisation avec la mise en place de districts sanitaires.

Au cours des années 2000, le ministère de la santé s'est doté d'une politique sanitaire nationale qui a été révisée en 2011 pour prendre en compte les changements importants intervenus dans le monde et plus particulièrement dans la région africaine et au plan national.

Un certain nombre de réformes sont en train d'être conduites depuis 2011 et concernent notamment :

- la décentralisation ou communalisation intégrale avec transfert des compétences et des ressources ;
- le renforcement de la santé communautaire ;
- la réforme hospitalière y compris l'instauration de la prise en charge des urgences sans prépaiement ;
- la mise en œuvre de la politique de contractualisation ;
- la stratégie nationale et les textes règlementant l'exercice de la « médecine traditionnelle » et de la pharmacopée nationale ;
- l'adoption de la loi sur le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) ;
- l'instauration en 2016 de la gratuité des soins chez les femmes et les enfants de moins de 5 ans ;
- la prise d'un décret en conseil des ministres le 26 décembre 2018 instituant la gratuité totale de la PF et son opérationnalisation;

⁸ Op. cit.

- la stratégie nationale de la qualité des soins centrée sur la personne et la sécurité des patients.

L'organisation actuelle du système de santé au Burkina Faso est basée sur le district sanitaire. Elle comporte une organisation administrative et une organisation technique.

✓ **Organisation administrative et des soins**

- **Au plan administratif**

Le ministère de la santé est organisé en trois niveaux : (i) le niveau central autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général (ii) le niveau intermédiaire avec 13 directions régionales de la santé et enfin (iii) le niveau périphérique à base communautaire avec 70 districts sanitaires.

- **Au plan technique**

L'offre de soins comprend le secteur public et le secteur privé. Le secteur public est organisé ainsi qu'il suit :

❖ **le premier niveau** est subdivisé en deux échelons : un premier échelon qui regroupe les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les centres médicaux (CM) et un second échelon qui comprend les hôpitaux de district (HD) ou centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) qui sont des structures de référence pour les CSPS et les CM.

Les soins en communauté font partie intégrante du premier échelon de notre système de santé. Un accent particulier est mis sur l'approche santé communautaire axée sur la promotion de la santé par l'élaboration d'une stratégie nationale en santé communautaire.

❖ **le deuxième niveau** comprend les centres hospitaliers régionaux (CHR) qui sont les structures de référence pour les HD/CMA. Les centres hospitaliers régionaux peuvent être universitaires ou non

❖ **le troisième niveau** est composé des centres hospitaliers nationaux (CHN) qui sont les structures de référence pour les CHR. Les centres hospitaliers nationaux sont actuellement tous universitaires.

La figure ci-dessous résume le dispositif pyramidal du système de santé.

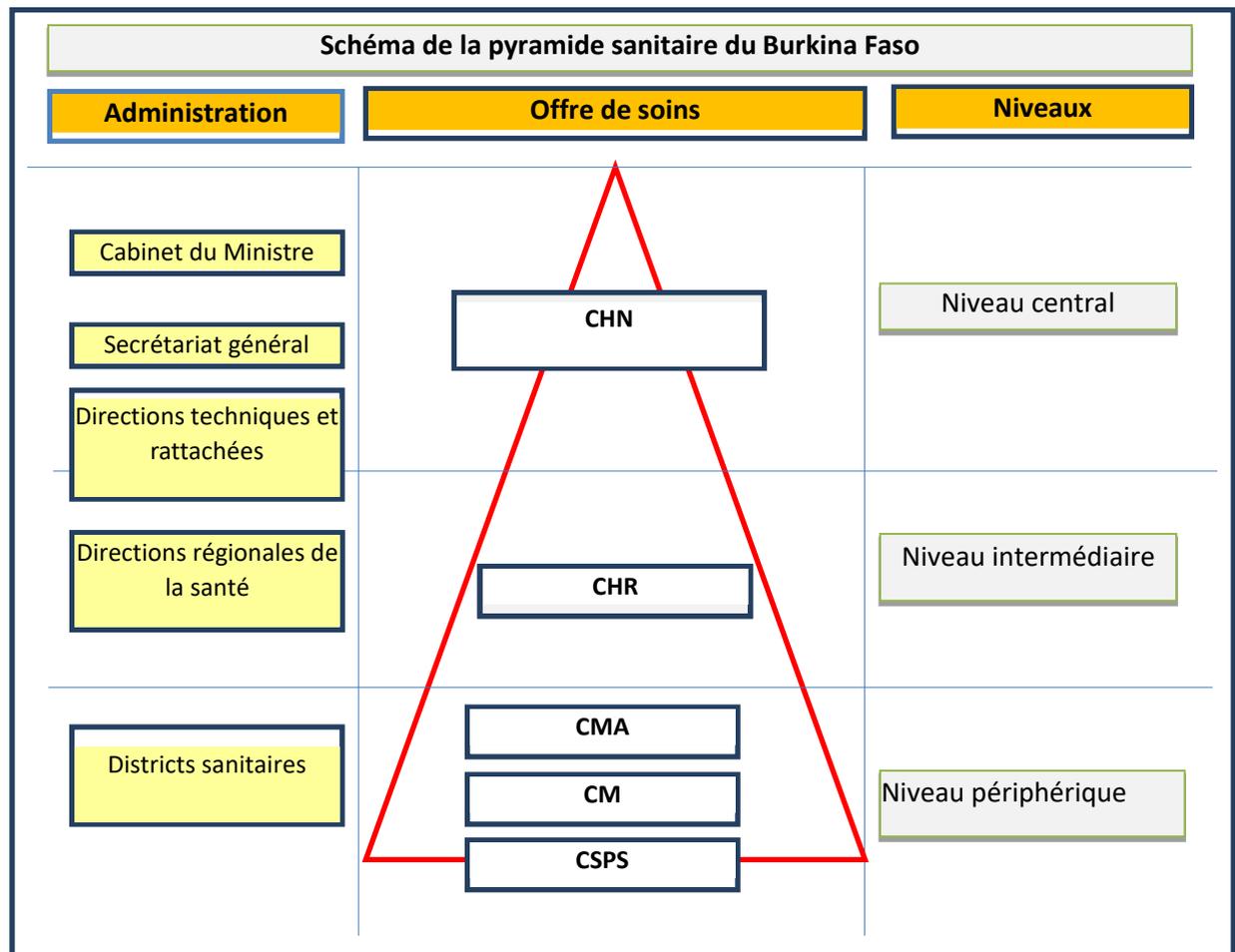


Figure 1 : schéma de la pyramide sanitaire du Burkina Faso

Sur le plan de la référence et la contre-référence, le Burkina Faso compte 04 CHN, 09 CHR, 45 CMA, 57 CM et 1839 CSPS en 2018⁹. Certains hôpitaux ont des conventions avec les universités et prennent en ce moment la dénomination de centre hospitalier universitaire.

Le secteur privé des soins comprend au total 1393 structures privées composé de structures de soins, d'officines et de dépôts de médicaments. Ce secteur est en plein essor.

A côté de ces deux secteurs, il existe la médecine traditionnelle et alternative dans toutes les communautés du Burkina Faso et constitue le premier recours de certaines populations en cas de maladie. La pharmacopée est développée pour accompagner la médecine traditionnelle et alternative.

⁹ MS, Annuaire statistique 2018

5. Analyse de l'état 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. Selon le RGPH 2006 le taux brut de mortalité était 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 330 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (EMDS, 2015). Selon la même source, le taux de mortalité infantile était de 42,7 pour 1 000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 81,6‰ naissances vivantes. L'espérance de vie à la naissance est passée de 36,7 ans en 1960 à 61 ans en 2015, soit une augmentation de 24,3 ans.

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection au Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la pandémie de la COVID-19 et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

Les principaux motifs de consultation et d'hospitalisation en 2018 sont le paludisme, les pneumopathies, les bronchites, les parasitoses intestinales, les anémies, la malnutrition aiguë sévère, les maladies diarrhéiques. En outre, le Burkina Faso est régulièrement confronté à des flambées épidémiques (méningite cérébro-spinale, rougeole). 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 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. Le Burkina Faso est confronté à l'émergence des maladies non transmissibles (MNT), dont les conséquences en termes de morbidité et de mortalité sont importantes.

Le Ministère de la santé a réalisé en septembre/novembre 2013 l'enquête STEPS. Cette enquête, premier du genre, a révélé que la majorité de la population (97,3%) était exposée à au moins un facteur de risque commun aux maladies non transmissibles. A cet effet, dans la tranche d'âge de 25 à 64 ans, la prévalence de la consommation nocive d'alcool est 23,7% suivie de celle de l'hypertension artérielle

(17,6%), du tabagisme (11,3%), de l'obésité (2,1%) du diabète (5,9%). (STEPS, 2013).

Quant à la situation nutritionnelle des enfants, on note que 21,2% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique, 8,6% d'émaciation et 16,2% d'insuffisance pondérale.

En somme, on note comme problèmes que les maladies non transmissibles (MNT) représentent une charge de plus en plus lourde au Burkina Faso de par leurs conséquences sanitaires, économiques et psychosociales ainsi que la situation nutritionnelle des enfants demeure préoccupante.

Afin de lutter efficacement contre ces maladies, il a été mis en place un plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2016-2020.

6. Analyse du pilotage et soutien des services de santé

6.1. Description du programme 057

Le programme « pilotage et soutien des services du Ministère de la santé » est logé à la DGESS. Il a pour mission de bâtir et de consolider tous les piliers d'un système de santé efficace, efficient et résilient. En charge d'un système d'information, d'un système de financement et de production des ressources de la santé ainsi que d'un système de gestion, ce programme est à même d'aider le Ministère de la Santé à concevoir, conduire et évaluer à partir d'une position d'autorité et avec les instruments requis (politique, stratégie, lois, plans, programmes, projets) l'action collective destinée à améliorer la santé de la population.

L'objectif stratégique de ce programme est de renforcer les capacités institutionnelles, organisationnelles, la gouvernance et le leadership dans le secteur de la santé à travers le renforcement des institutions de contrôle et la lutte contre la corruption. Les actions de ce programme sont au nombre de dix (10) : (i) le pilotage, la coordination des actions du Ministère de la santé et la collaboration intersectorielle, (ii) l'accroissement des financements du secteur de la santé, (iii) la gestion des ressources financières et matérielles, (iv) la gestion des ressources humaines, (v) la planification, le suivi et l'évaluation, (vi) la construction/réhabilitation et l'équipement d'infrastructures administratives et éducatives, (vii) la régulation, la normalisation et la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé, (viii)

l'information sanitaire, (ix) la promotion de la recherche pour la santé, (x) la communication.

Le programme « pilotage et soutien des services du Ministère de la santé » prend en compte le contrôle des finances publiques, la lutte contre la corruption, la fraude et le faux et le renforcement des capacités de pilotage et de gestion des structures de santé.

Les intervenants dans la mise en œuvre du programme sont les directions générales, les directions centrales, les projets et programmes de développement, les partenaires techniques et financiers et les ONG.

La poursuite de la mise en œuvre de ce programme s'est faite dans un contexte de rareté des ressources financières et les mouvements d'humeurs, des grèves des travailleurs du secteur public et la recrudescence des attaques terroristes dans les zones frontalières. La non nomination des responsables des budgets opérationnels de programme, et des responsables des unités opérationnelles de programme entraîne une lenteur dans la mise en œuvre des programmes budgétaires.

6.2. Analyse du pilotage et soutien des services de santé

Les dimensions d'analyse du pilotage et soutien des services de santé s'organisent autour des domaines suivants :

- le leadership et la gouvernance ;
- la gestion des services de santé ;
- la gestion des ressources humaines pour la santé ;
- la gestion de l'information sanitaire ;
- la gestion des approvisionnements en produits de santé ;
- le financement de la santé.

6.3. Leadership et gouvernance

Le Ministère de la santé a élaboré des documents normatifs et des documents stratégiques pour la mise en œuvre des différents programmes de santé. L'analyse du pilotage et soutien des services de santé dans le domaine du leadership et gouvernance a permis de dégager :

Les forces :

- existence de politiques et stratégies nationales (PNS, PSS, PNDS,...) ;
- existence de textes règlementaires, juridiques et normatifs ;
- existence de guides et de directives de planification pour tous les niveaux ;
- existence de plans d'action annuels à tous les niveaux ;
- existence d'organigrammes à tous les niveaux ;
- existence de structures de mise en œuvre des missions sanitaires ;
- existence de documents de normes et de cadres d'expression de besoin dans certains domaines ;
- existence de mécanisme de mobilisation et de mise à disposition des ressources ;
- existence de documents techniques ;
- existence de conventions/contrats de collaboration ;
- existence de cadres de concertation ;
- existence de textes d'encadrement dans les institutions de formation ;
- existence de documents cadres de compte rendu ;
- existence d'organes, d'outils et de mécanisme de suivi et d'évaluation, de contrôle et d'inspection ;
- formulation des recommandations à l'issue de certains cadres de concertation ;
- existence de textes règlementaires encadrant la motivation financière des agents ;
- existence de formulaire de réception et de contrôle des commandes ;
- existence des résultats de recherche et des documents d'information pouvant orienter la prise de décision.

Les faiblesses :

- instabilité institutionnelle du Ministère de la Santé ;
- faible appropriation des politiques et stratégies nationales ;
- insuffisance d'arrimage, de synergie et de cohérence entre les stratégies, politiques et documents normatifs ;
- absence de textes règlementaires, juridiques et normatifs dans certains domaines ;

- méconnaissance des textes règlementaires et juridiques à certains niveaux ;
- non-respect des textes règlementaires, juridiques et normatifs à certains niveaux ;
- insuffisance de sanction pour des cas de non-respect des textes règlementaires et juridiques ;
- non mise à jour des textes règlementaires, juridiques et normatifs ;
- insuffisance dans la tenue des conseils de discipline ;
- inadéquation entre les priorités issues des plans d'action et les financements ;
- absence de plans stratégiques dans certaines structures ;
- absence de référence de gouvernance ;
- faible opérationnalisation des organigrammes ;
- insuffisance dans l'élaboration des organigrammes ;
- chevauchement de missions et attributions ;
- certains postes de responsabilité non pourvus pendant de longues périodes;
- insuffisance de l'implication des communautés dans la mise en œuvre des plans et stratégies ;
- verticalisation des interventions et missions (non implication de toutes les compétences pour certaines interventions) ;
- insuffisance dans la prise en compte des sous-secteurs privé et traditionnel dans l'organisation du système de santé ;
- insuffisance dans la prise en compte du genre et des groupes vulnérables dans l'organisation du système à tous les niveaux ;
- insuffisance de collaboration entre le personnel administratif et le personnel soignant ;
- besoins en ressources non toujours identifiés sur des bases factuelles ;
- insuffisance de la cartographie des financements ;
- faible rationalité de l'utilisation des ressources ;
- faibles capitalisation et exploitation des bonnes pratiques ;
- faible capacité de gestion des rebuts ;
- faible sécurisation des ressources ;
- faible exploitation des compétences nationales ;
- absence de plans de communication dans certaines structures ;
- insuffisance dans les contenus des plans de communication ;

- faible exploitation des canaux de communication ;
- insuffisance dans les techniques de communication ;
- insuffisance dans la communication interne et interpersonnelle ;
- non-respect de certains contrats/conventions de collaboration ;
- faible efficacité des cadres de concertation ;
- insuffisance de la collaboration intersectorielle ;
- absence de lettres de missions, contrats d'objectifs et de fiches d'indication des attentes dans certaines structures ;
- Insuffisance de description de postes et répartition des tâches ;
- sédentarité dans la fonction au même poste ;
- non formalisation de certaines délégations de responsabilité ;
- faible culture du compte rendu ;
- insuffisance dans le processus de notation des agents ;
- lettres de missions et fiches d'attente non évalués ;
- charges et rapports d'intérim insuffisamment formalisés ;
- faible culture dans la transmission de fonds de dossiers et de documents d'administration des directions lors des passations de services ;
- insuffisance de redevabilité dans les missions de suivi, d'évaluation et de contrôle ;
- insuffisance de sanction des fautes de gestion relevées lors des missions de suivi, d'évaluation et de contrôle ;
- réception de complaisance de certains produits et prestations externalisés ;
- faible fonctionnalité de la mise en œuvre des missions par programme ;
- insuffisance de prise en compte des revendications sociales ;
- frondes sociales à répétition ;
- faible mise en œuvre de la loi portant fonction publique hospitalière ;
- faible adaptation des infrastructures et équipements au genre et aux groupes spécifiques ;
- absence de cadres, d'activités de sport et de loisir entre les agents ;
- insuffisance de cellules sociales dans les services (mutuelle sociale) ;
- insuffisances dans le respect des normes régionales et internationales en matière de ressources humaines et matérielles ;
- lenteur dans la mise en œuvre des critères de convergence.

Les opportunités :

- engagement des autorités en faveur des actions de bonne gouvernance ;
- existence de référentiels en matière de gouvernance ;
- existence de répertoire interministériel des métiers de l'Etat (RIME) ;
- disponibilité des partenaires techniques et financiers ;
- existence d'écoles et d'instituts de formation diplômante.

Les menaces :

- Instabilité politique et gouvernementale ;
- insécurité dans le pays ;
- résistance au changement ;
- montée de l'incivisme ;
- environnement économique défavorable.

6.4. Pilotage et soutien dans la prestation des services

L'analyse de la situation dans le domaine des prestations de services a permis de dégager :

Les forces :

- existence de code de santé publique ;
- disponibilité de protocoles, normes et standards pour la prise en charge des cas ;
- existence d'une politique de gratuité de soins en faveur des groupes spécifiques ;
- existence de subventions pour la prise en charge de certaines maladies ;
- existence de plans stratégiques et opérationnels à tous les niveaux ;
- décentralisation des services de santé ;
- amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires ;
- existence d'organigramme dans les services de soins ;
- existence de supports de communication dans certaines FS ;
- existence de chartes de qualité et de l'utilisateur de services de santé ;
- bonne collaboration COGES/ONG/OBC avec les structures du MS ;
- prise de textes d'application des protocoles et normes dans certaines structures de soins ;

- existence de document de description des postes et de répartition des tâches dans les services ;
- réalisation des supervisions spécifiques à tous les niveaux ;
- existence de rapports et bilans d'activités à tous les niveaux ;
- existence de cadres d'auto-évaluation (monitorages dans les FS) ;
- évaluation de la performance des structures de soins ;
- amélioration des indicateurs de santé ;
- existence d'activités de recherches ;
- tenue des réunions hebdomadaires ;
- existence des programmes d'activités.

Les faiblesses :

- faible prise en compte des protocoles, normes et standards dans tous les domaines ;
- faible mise en œuvre de la pharmacie hospitalière dans les hôpitaux ;
- faible mise en œuvre de l'assurance maladie universelle (AMU) ;
- non harmonisation des protocoles, des normes et standards dans les structures ;
- faible implication des acteurs dans l'élaboration, l'appropriation, la mise en œuvre et le suivi des PA ;
- non-respect des protocoles, normes et standards ;
- faibles continuité et permanence des soins dans les services ;
- non disponibilité de certains services ;
- charge élevée de travail dans les structures périphériques ;
- pénibilité du travail dans les formations sanitaires ;
- insuffisance dans la métrologie (étalonnage) des équipements de mesure ;
- insuffisance dans la prise en charge des malades (insuffisance dans la surveillance des malades, non suivi du traitement des malades,...) ;
- non formalisation de la délégation des tâches ;
- insuffisance de compétence de certains responsables en management ;
- irrégularité des réunions statutaires ;
- rackettage des patients ;

- orientations abusives des malades vers des structures privées ;
- insuffisance dans la programmation des activités des PA ;
- insuffisance dans l'archivage des documents ;
- non-respect des horaires de travail ;
- faible intégration de la médecine traditionnelle dans les structures de soins ;
- insuffisance dans la communication interpersonnelle et de groupe ;
- messages de communication non adaptés ;
- insuffisance de communication sur les droits et devoirs des patients ;
- absence de réseaux de soins entre les structures de soins ;
- faible rotation des agents dans certains postes ;
- insuffisance de mise en œuvre du monitoring dans les FS ;
- mauvaise répartition des ressources humaines en santé ;
- insuffisance de gestion du matériel médicotechnique ;
- faible prise de décisions après les contrôles ;
- insuffisance dans l'évaluation des normes et protocoles ;
- insuffisance de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- absence de certification des compétences ;
- faible utilisation des résultats de la recherche ;
- mouvements sociaux à répétition ;
- insuffisance de concertation avec les partenaires sociaux ;
- insuffisance de collaboration/communication entre responsables de structures et prestataires de soins ;
- non-respect des normes et standards en infrastructures, en équipements et en maintenance ;
- non-respect de la carte sanitaire ;
- non-respect de la pyramide sanitaire.

Les opportunités :

- engagement des autorités en faveur des actions de bonne gouvernance ;
- existence de référentiels en matière de gouvernance ;
- existence de répertoire interministériel des métiers de l'Etat (RIME) ;
- disponibilité des partenaires techniques et financiers ;

- existence d'écoles et d'instituts de formation diplômante.

Les menaces :

- instabilité politique et gouvernementale ;
- insécurité dans le pays ;
- résistance au changement ;
- montée de l'incivisme ;
- environnement économique défavorable.

6.5. Pilotage et soutien dans la gestion des ressources humaines en santé

L'analyse de la situation a permis de retenir :

Les forces :

- existence de politiques et stratégies ;
- existence de textes règlementaires, juridiques et normatifs ;
- existence de directives de planification annuelle pour tous les niveaux ;
- existence de plan stratégique en RH ;
- existence de plans d'action annuels à tous les niveaux ;
- existence d'organigrammes ;
- déconcentration de la gestion des RH à tous les niveaux ;
- existence d'un projet chargé de la formation des médecins et pharmaciens spécialistes ;
- existence de compétences dans le domaine de la communication ;
- existence de canaux de communication ;
- existence de conventions/contrats de collaboration ;
- existence de cadres de concertation et de rencontres statutaires ;
- existence de RIME ;
- existence de textes d'encadrement ;
- existence d'organes de suivi et évaluation, contrôle et inspection ;
- existence d'outils de suivi et d'évaluation, de contrôle et d'inspection ;
- existence de mécanisme de suivi et d'évaluation, de contrôle et d'inspection ;
- existence des résultats de recherche et des documents d'information pouvant orienter la prise de décision ;
- existence de programmes pour la mise en œuvre des missions du ministère ;

- tentatives de réponses aux exigences des travailleurs ;
- existence de système d'exonération des paiements au profit des travailleurs ;
- existence de primes de motivation des agents ;
- existence de liberté syndicale ;
- institution d'une fonction publique hospitalière ;
- régularité de paiement des rémunérations dues ;
- respect des critères de convergence des pays membres des organisations régionales et internationales en matière de RH en santé ;
- organisation régulière des concours professionnels ;
- évaluation et avancement régulier des agents ;
- distinction honorifique des agents méritants ;
- organisation des examens uniques de sorties dans les écoles de santé.

Les faiblesses :

- insuffisance dans la gestion prévisionnelle des emplois et des carrières ;
- absence de document de normes en personnel de santé ;
- méconnaissance des textes règlementaires et juridiques ;
- non-respect des textes règlementaires, juridiques et normatifs ;
- faible ratio personnel de santé/population ;
- forte mobilité du personnel ;
- répartition déséquilibrée des ressources humaines au détriment des zones reculées ;
- utilisation de textes règlementaires, juridiques et normatifs obsolètes ;
- influence des politiques dans le déploiement des agents de santé ;
- organigrammes souvent non fonctionnels ;
- faible stabilité des organigrammes du ministère ;
- chevauchement des missions et attributions ;
- certains postes ne sont pas pourvus ;
- insuffisance d'intégration du personnel nouvellement affecté dans la structure d'accueil ;
- insuffisance dans la gestion/encadrement des stagiaires ;
- insuffisance de déploiement du tutorat, coaching et mentorat du personnel ;

- absence de synergie de fonctionnement des corps socio professionnels du système de santé ;
- faible collaboration entre personnels administratifs et personnels de soins ;
- compétences insuffisamment exploitées ;
- absence de plans de communication dans certaines structures ;
- insuffisance dans les contenus des plans de communication ;
- insuffisance dans la tenue des cadres de concertation ;
- méconnaissance des missions et attributions ;
- absence de lettres de missions et de fiches d'énumération des attentes ;
- instabilité des responsables de structures à tous les niveaux ;
- non formalisation de certaines délégations ;
- insuffisance dans la gestion des compétences ;
- lettres de missions et fiches d'attente non évalués ;
- rapports d'intérim non formalisés ;
- faible culture dans la transmission de fonds de dossiers et de documents d'administration des directions lors des passations de services ;
- insuffisance de redevabilité dans les missions de suivi et d'évaluation, de contrôle ;
- insuffisance de sanction issue des missions de de suivi et d'évaluation, de contrôle et d'inspection ;
- insuffisance de management stratégique et de management opérationnelle ;
- insuffisance de leadership ;
- insuffisance de prise en compte des revendications sociales ;
- mouvements sociaux à répétition ;
- faible mise en œuvre de la loi portant fonction publique hospitalière ;
- infrastructures et équipements pas toujours adaptés au genre et groupes spécifiques ;
- absence d'activités de sport et loisir entre les agents ;
- absence de cellule sociale des agents dans certaines structures ;
- insuffisance de motivation financière des personnels ;
- insuffisances dans le respect des normes régionales et internationales en matière de ressources humaines ;
- lenteur dans la mise en œuvre des critères de convergence.

Les opportunités:

- existence d'organigramme type prenant en compte les Directions de ressources humaines ;
- existence de répertoire interministériel des métiers de l'Etat (RIME) ;
- disponibilité des partenaires techniques et financiers ;
- existence d'écoles et d'instituts de formation diplômante.

Les menaces :

- instabilité politique et gouvernementale ;
- insécurité dans le pays ;
- montée de l'incivisme ;
- environnement économique défavorable.

6.6. Pilotage et soutien de la gestion de l'information sanitaire

L'analyse de la situation a permis de retenir :

Les forces:

- directives et procédures de gestion de l'information sanitaire ;
- existence d'un entrepôt de données sanitaires (endos-BF) ;
- existence de plans stratégiques (plan stratégique SNIS, cyber-stratégie sectorielle e-santé) ;
- existence d'un manuel de procédure de gestion de l'information sanitaire et des métadonnées du SNIS ;
- existence d'une carte sanitaire nationale ;
- existence des structures chargées de la production des données ;
- existence des structures chargées de la coordination de l'information sanitaire ;
- existence de schémas (circuits) de la circulation de l'information sanitaire ;
- intégration des données des sous-secteurs privé et communautaire dans le SNIS ;
- existence de structures de production et de coordination de la communication et de l'information ;
- existence de cadres de partage de l'information (CTRS, CSD, GFU,...) ;

- publication régulière des données sanitaires (annuaires, BEIS, tableaux de bord,...) ;
- existence du site web du MS ;
- existence de collaboration entre les structures en charge de l'information sanitaire et l'INSD ;
- existence de collaboration entre les centres de recherche et les structures en charge du SNIS ;
- existence de collaboration entre les partenaires (OMS, UNICEF, OOAS...) et les structures en charge du SNIS ;
- existence de responsables chargés du SNIS à tous les niveaux ;
- existence du document de description de postes et répartition des tâches des acteurs chargés du SNIS ;
- disponibilité de ressources humaines qualifiées pour la gestion de l'information sanitaire ;
- disponibilité du matériel informatique et péri-informatique à certains niveaux ;
- supervisions effectives à tous les niveaux en matière de gestion des données ;
- évaluation de la qualité des données à tous les niveaux ;
- utilisation des données pour la prise de décisions ;
- réalisation des enquêtes.

Les faiblesses :

- localisation hors du pays du serveur d'entrepôt de données sanitaires ;
- Insuffisance de sécurisation des données sanitaires ;
- irrégularité dans la révision des procédures de gestion de l'information sanitaire ;
- faible capitalisation de l'expérience de l'information sanitaire ;
- insuffisance d'archivage des documents relatifs à l'information sanitaire ;
- faible coordination des initiatives d'introduction des TIC dans le domaine de la santé (informatisation, numérisation...) ;
- insuffisance dans la qualité des données ;
- insuffisance d'organisation du secteur privé et de la médecine traditionnelle pour la production des données sanitaires ;
- insuffisance dans la production et l'utilisation de l'information hospitalière ;

- insuffisance d'élaboration et d'utilisation des tableaux de bord à tous les niveaux ;
- insuffisance dans l'utilisation de la classification internationale des maladies (CIM) ;
- faible capacité des acteurs en matière de communication sur le SNIS ;
- faible mise à jour du site Web du MS ;
- irrégularité de réalisation de certaines enquêtes et études ;
- non formalisation de certains cadres de collaboration pour la gestion de l'information sanitaire ;
- faiblesse et instabilité des infrastructures et réseaux de communication (internet, intranet, RESINA) ;
- rupture fréquente des supports papiers de collecte des données ;
- déploiement insuffisant d'Endos qui n'atteint pas encore le niveau des CSPS ;
- insuffisances dans les supervisions et les évaluations des données sanitaires ;
- faible complétude des données du sous-secteur privé ;
- insuffisance de collecte et de capitalisation des données communautaires ;
- non mise en place d'un dispositif fonctionnel de diffusion des résultats de la recherche ;
- faible capacité en ressources humaines, matérielles et financières de la recherche ;
- faible développement du partenariat public-privé dans la valorisation des résultats de la recherche.

Les opportunités :

- accès aux technologies de l'information et de la communication ;
- disponibilité des partenaires techniques et financiers ;
- existence d'écoles et d'instituts de formation diplômante.

Les menaces :

- instabilité politique et gouvernementale ;
- insécurité dans le pays ;
- résistance au changement ;
- montée de l'incivisme ;

- environnement économique défavorable.

6.7. Pilotage et soutien de la gestion des approvisionnements en produits de santé

L'analyse de la situation a permis de retenir :

Les forces :

- existence de l'Agence nationale de régulation pharmaceutique (ANRP) ;
- existence de structures d'approvisionnement et de gestion des MEG (DGAP ; CAMEG, DRD, DMEG, grossistes, officines, dépôts privés de MEG) ;
- existence de centres de transfusion sanguine (CNTS, CRTS) ;
- existence de laboratoire national de santé publique (LNSP) ;
- existence de code de santé publique ;
- disponibilité d'une liste nationale de médicaments et de consommables essentiels ;
- élaboration de l'arrêté conjoint portant fixation des prix des MEG et consommables ;
- existence d'un recueil de textes réglementaires ;
- existence d'une direction de la pharmacie hospitalière ;
- existence de convention entre CAMEG/Etat, CAMEG/Partenaires ;
- existence de plans stratégiques ;
- existence de plan de renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé ;
- existence de plans d'action annuels des directions techniques chargées de la gestion des produits de santé ;
- existence d'un plan de développement de la pharmacie hospitalière ;
- existence d'un circuit d'approvisionnement pharmaceutique pour le secteur public ;
- existence d'un circuit privé d'approvisionnement en médicaments ;
- existence des structures de coordination d'approvisionnement pharmaceutique ;
- existence d'agences régionales de la CAMEG ;

- existence de supports de communication sur la gestion des produits de santé ;
- existence d'activités de communication sur la gestion des produits de santé (MEG, gratuité) ;
- existence des cadres de concertation entre les acteurs de la chaîne d'approvisionnement et les acteurs de la médecine traditionnelle ;
- intégration des intrants des partenaires dans le circuit de la CAMEG ;
- existence de manuel de procédures opérationnelles de gestion des stocks au niveau DRD et DMEG ;
- existence de conventions entre CAMEG/Etat, CAMEG/Partenaires ;
- existence de personnel qualifié pour la gestion des médicaments ;
- capacitation des acteurs en gestion des stocks ;
- institution des contrôles de gestion et inspections dans les missions des structures centrales et déconcentrées ;
- existence d'un système d'information en gestion logistique (SIGL) intégré ;
- existence des textes sur l'homologation des produits de santé, des tarifs douaniers (CEDEAO, UEMOA) ;
- existence des accords sur les propriétés intellectuelles ;
- existence des accords de l'organisation mondiale sur le commerce (OMC) et l'accord sur le marché public (AMP) ;
- existence des conventions de lutte contre les faux médicaments (ex : Convention MEDICRIME) ;
- existence d'un comité d'enregistrement des produits de santé.

Les faiblesses :

- inexistence d'industries locales de production de médicaments ;
- insuffisance dans la gestion des produits pharmaceutiques ;
- faible respect de la réglementation en matière de gestion des médicaments ;
- insuffisance dans la mise en œuvre des manuels de procédure de gestion des produits pharmaceutiques ;
- faible mise en œuvre de la pharmacie hospitalière ;
- faible accès des populations aux médicaments et autres produits de santé ;
- insuffisance dans l'organisation du système de garde dans les dépôts privés et officines pharmaceutiques de façon à rendre disponibles les médicaments 24h/24 ;

- faible coordination de la communication dans le cadre de la gestion des médicaments ;
- insuffisance de communication sur les médicaments de la médecine traditionnelle ;
- insuffisance dans le respect des textes sur la cohabitation entre officines privées et dépôts privés de médicaments ;
- faible application des procédures de gestion des médicaments ;
- faiblesse dans la gestion des stocks ;
- irrégularité des contrôles et inspections ;
- absence de partenariat formalisé entre grossistes privés et les FS publique.

Les opportunités :

- engagement politique ;
- disponibilité des partenaires techniques et financiers ;
- existence d'instituts de formation en gestion de produits de santé.

Les menaces :

- vente illicite des médicaments ;
- faux et usage de faux ;
- Insécurité dans le pays ;
- Environnement économique défavorable.

6.8. Pilotage et soutien dans le financement de la santé

L'analyse de la situation a permis de retenir :

Les forces :

- existence de textes règlementaires, juridiques et normatifs ;
- existence de plan stratégique de financement de la santé et de plans d'action annuels à tous les niveaux ;
- existence de documents techniques financiers (manuels de procédure, convention de financement, document de programmation pluri annuelle des dépenses,..) ;
- existence d'organes de suivi et évaluation, contrôle et inspection ;

- existence d'outils de suivi et d'évaluation, de contrôle et d'inspection ;
- existence de mécanisme de suivi et d'évaluation, de contrôle et d'inspection ;
- existence de mécanismes innovants de financement de la santé ;
- existence des résultats de recherche et des documents d'information dans le domaine de financement ;
- respect des critères de convergence des pays membres des organisations régionales et internationales en matière de santé.

Les faiblesses:

- faible allocation des ressources de l'Etat au secteur de la santé ;
- forte dépendance du secteur vis-à-vis de financements extérieurs ;
- inadéquation entre les priorités et les financements ;
- insuffisance dans la gestion des ressources financières ;
- utilisation de textes règlementaires, juridiques et normatifs inadaptés ;
- tarification inadaptée des actes de professionnels de santé ;
- insuffisance de redevabilité dans les missions de suivi et d'évaluation, de contrôle ;
- insuffisance de sanction issue des missions de de suivi et d'évaluation, de contrôle et d'inspection ;
- insuffisance dans la mise en œuvre des mécanismes de suivi et d'évaluation, de contrôle et d'inspection
- insuffisance du contrôle de conformité entre commandes et livraisons ;
- réception de complaisance de certains produits et prestations externalisés ;
- lenteur dans la mise en œuvre des critères de convergence.

Les opportunités:

- engagement des autorités en faveur des actions de bonne gouvernance ;
- disponibilité des partenaires techniques et financiers ;
- existence d'écoles et d'instituts de formation diplômante.

Les menaces :

- Instabilité politique et gouvernementale ;

- Insécurité dans le pays ;
- Résistance au changement ;
- Montée de l'incivisme ;
- Environnement économique défavorable

7. Synthèse des problèmes

Les problèmes retenus à l'issue de l'analyse des insuffisances constatées (annexe 1) dans la gouvernance sont :

- ✓ l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies sont insuffisantes ;
- ✓ les managements stratégiques et opérationnels sont insuffisants ;
- ✓ l'organisation des prestations des soins et des services est insuffisante ;
- ✓ la collaboration intra et inter sectorielle est insuffisante ;
- ✓ la redevabilité est insuffisamment promue au MS ;
- ✓ la gestion efficace et efficiente des ressources est insuffisante.

➤ **Problèmes prioritaires**

Les problèmes prioritaires retenus sont :

- ✓ les managements stratégiques et opérationnels sont insuffisants ;
- ✓ la gestion efficace et efficiente des ressources est insuffisante.

➤ **Formulation des problèmes prioritaires**

Problème 1. Les managements stratégiques et opérationnels sont insuffisants.

Cet état de fait est en rapport avec l'absence de plans de communication dans certaines structures, à l'insuffisance dans la communication interne et interpersonnelle, à l'insuffisance de collaboration intersectorielle, au faible déploiement de la démarche qualité à tous les niveaux du système de santé. On peut y ajouter l'insuffisance de partage de valeurs et principes moraux communs, à l'insuffisance de prise en compte des revendications syndicales, à la faible mise en œuvre de la loi portant fonction publique hospitalière, à la faible prise en compte du genre et groupes spécifiques dans les activités. Les conséquences sont la faiblesse d'exploitation des compétences, le climat social non propice à l'atteinte des objectifs,

la faible fonctionnalité de la mise en œuvre des missions et les frondes sociales à répétition.

Problème 2. La gestion efficace et efficiente des ressources est insuffisante.

L'insuffisance de gestion des ressources humaines pour la santé (RHS) est due aux compétences insuffisamment exploitées, à l'inexistence de plan prévisionnel de gestion des personnels, à la forte mobilité du personnel, à la non adéquation de la mobilisation des ressources avec les besoins exprimés et à l'insuffisance dans la formation continue des agents.

Quant à la gestion des ressources matérielles, l'insuffisance est liée à la faible application de la comptabilité matière, à l'inadéquation des attentes techniques par rapport aux ressources matérielles, à l'utilisation non optimale des ressources matérielles. A cela s'ajoutent la faible qualité et quantité des infrastructures sanitaires, des moyens de communication (internet, intranet, RESINA), la rupture fréquente des supports de collecte des données, l'insuffisance de matériel informatique et péri-informatique pour le SNIS, le déploiement insuffisant d'Endos qui n'atteint pas encore le niveau des CSPS.

La gestion des ressources financières reste également insuffisante. Cette situation est liée entre autres à la faible capitalisation des expériences de gestion des ressources, à l'insuffisance de mobilisation et d'allocation des ressources financières, aux clés et critères de répartition des ressources financières non optimales, à l'insuffisance de contrôle interne de gestion.

Toutes ces situations auront pour conséquences la faible disponibilité des agents dans certaines FS, la faible qualité des soins, une inefficience dans la gestion des ressources financières.

8. Rappel sur les priorités du Programme 057 « pilotage et soutien des services du MS »

- ✓ renforcement du système de santé ;
- ✓ planification de nouveaux établissements de santé ;

- ✓ formulation des documents normatifs de pilotage du système de santé (politique sectorielle santé, stratégie nationale de santé, plans et programmes nationaux, loi de santé publique) ;
- ✓ poursuite de l'opérationnalisation de la loi sur la fonction publique hospitalière ;
- ✓ contribution à l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle ;
- ✓ opérationnalisation de la dynamique communautaire des soins de santé primaires ;
- ✓ renforcement de la redevabilité et de la lutte contre la corruption.

9. Cadre de la stratégie

9.1. Rappel de la vision et des fondements

✓ Vision

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

✓ Fondements

Les fondements de la politique nationale de santé sont basés sur la Constitution et les engagements internationaux auxquels le Burkina Faso a souscrit en matière de santé. Ces instruments sont entre autres : la Déclaration universelle des droits de l'Homme ; 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 Déclaration du millénaire pour le développement ; la Déclaration des Chefs d'Etat de l'Union africaine (UA) sur « la santé, base du développement » ; la Charte africaine de la démocratie des élections et de la gouvernance.

Au plan national, le pays a adopté des textes et politiques traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations. Ces textes sont relatifs à la constitution ; au Code de la santé publique ; au Code des

personnes et de la famille ; au Code de l'environnement et de l'eau ; à la Politique nationale genre ; la Politique nationale de population ; la Loi sur la santé de la reproduction et le Plan national de développement économique et social 2016.2020.

Le Burkina Faso a adhéré aux soins de santé primaires dont les principes sont : 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.

9.2. Valeurs et principes directeurs

Les valeurs et principes qui sous-tendent le pilotage et soutien des services du MS sont : la participation, la primauté de la loi, la gestion axée sur les résultats, la transparence, la réactivité, l'équité et le genre, la responsabilité et la redevabilité.

✓ Participation

Les hommes et les femmes doivent tous pouvoir exprimer leur avis dans la prise de décisions pour la santé, soit directement ou par le biais d'institutions médiatrices légitimes qui représentent leurs intérêts. Une telle participation au sens large s'inspire de la liberté d'association et d'expression, et repose sur les capacités de participation constructive.

Un bon pilotage et soutien des services du MS tient compte des intérêts des différents groupes afin d'aboutir à un consensus.

✓ Primauté de la loi

Les cadres juridiques de la santé doivent être justes et appliqués en toute impartialité, notamment la législation relative aux droits humains en rapport avec la santé.

✓ Gestion axée sur les résultats

L'importance de la prise en compte des principes de bonne gouvernance dans la mise en œuvre des actions de développement commande que la stratégie s'appuie sur la Gestion axée sur les résultats (GAR). En effet, la GAR est une approche de gestion qui met l'accent sur l'atteinte de résultats préalablement définis.

Cette approche requiert la transparence, la reddition des comptes et la participation effective des acteurs à la réalisation des objectifs définis.

✓ **Transparence**

La transparence repose sur le flux libre d'informations dans tous les aspects de la santé. Les processus, les institutions et les informations doivent être directement accessibles aux personnes et entités concernées, et suffisamment de données doivent être disponibles pour comprendre et surveiller les questions d'ordre sanitaire.

✓ **Réactivité**

Les institutions doivent disposer de moyens pour répondre en temps réel aux besoins des bénéficiaires dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines.

✓ **Équité et genre**

Selon l'OMS, l'équité se définit comme étant une absence de différences évitables ou remédiables entre les individus ou groupes. Il y a équité lorsque les interventions mises en place prennent en compte les besoins des individus quel que soit ce qu'ils sont, où ils vivent et ce qu'ils possèdent.

Le genre s'analyse sous l'angle des inégalités et des disparités entre hommes et femmes en examinant les différentes catégories sociales dans le but d'une plus grande justice sociale et d'un développement équitable. La prise en compte du genre vise à réduire en matière de pilotage et soutien des services du MS les inégalités et disparités, souvent élevées entre les hommes et les femmes dans la gestion de l'action publique.

✓ **Responsabilité**

C'est la fonction/attribution des titulaires de charges publiques ou privées dans la mise en œuvre d'une fonction déterminée et d'en assurer et assumer le leadership pour l'atteinte d'un résultat prédéfini.

✓ **Redevabilité**

Les décideurs des pouvoirs publics, du secteur privé et des organisations de la société civile impliqués dans la santé doivent rendre des comptes au public ainsi qu'aux intervenants institutionnels. Cette prise de responsabilités varie selon l'organisation ou selon la décision qui peut être interne ou externe à l'organisation en question.

10. Résultats

Au total huit (08) produits sont définis dans la chaîne de résultats. La réalisation des produits aura pour effet « la gouvernance et le leadership sont renforcés pour un système de santé performant, résilient et pérenne ». Cela aura pour impact « l'amélioration de l'état de santé des populations ».

✓ Chaîne de résultats

Cette partie traite des résultats attendus (produits, effet et impact) de la mise en œuvre de la stratégie pilotage et soutien des services du MS. L'effet et l'impact sont en cohérence avec la politique sectorielle santé.

Tableau I : chaîne des résultats

Produits	Effet	Impact
1. La politique et les stratégies couvrent tous les domaines clés, sont cohérents, disponibles et accessibles	La gouvernance et le leadership sont renforcés pour un système de santé performant, résilient et pérenne.	L'état de santé des populations est amélioré
2. Les cadres juridiques, réglementaires et normatifs sont adaptés à la mise en œuvre de la politique et des stratégies		
3. Le dispositif de mise à disposition et d'utilisation des données sanitaires permet la prise de décisions à tous les niveaux		
4. les résultats de la recherche contribuent à la prise de décisions factuelles		
5. Le mécanisme de redevabilité et de dialogue est fonctionnel à tous les niveaux du système de santé		
6. L'autorité, le rôle et la responsabilité de chaque acteur sont clairement définis, communiqués, compris et respectés		
7. Les principes et bonnes pratiques de gestion des RH sont définis, communiqués et appliqués à tous les		

niveaux du système de santé ;		
8. Les dispositifs de gestion des ressources financières et matérielles sont définis, disponibles, diffusés et permettent la mise en œuvre efficace des interventions à tous les niveaux du système de santé		

11. Cadre logique

Le cadre logique est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau II : cadre logique due la stratégie de pilotage et soutien des services du MS

Logique d'intervention	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses	Risques
Impact : L'état de santé des populations est amélioré	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de morbidité ; • Taux de mortalité maternel ; • Taux de mortalité infanto-juvénile 	RGPH, EDS, EMC, autres enquêtes	Volonté politique ; stabilité institutionnelle ; stabilité socio-politique ; disponibilité des ressources ; adhésion des acteurs.	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement économique défavorable ; • Insécurité ; • Epidémies et catastrophes naturelles ; • Frondes sociales à répétition

Logique d'intervention	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses	Risques
Effet : La gouvernance et le leadership sont renforcés pour un système de santé performant, résilient et pérenne	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de femmes occupant un poste de responsabilité ; • % de formations sanitaires accréditées par niveau de soins. • Proportion de services disposant de chefs de services nommés ; • % de FS répondant aux normes en infrastructures et équipements ; • % de FS répondant aux normes en RHS ; • Pourcentage de satisfaction en besoin de personnel des directions centrales 	Rapports d'activités des services, enquêtes ; Enquêtes, Annuaire statistique,	Volonté politique ; stabilité institutionnelle ; stabilité socio-politique ; disponibilité des ressources ; adhésion des acteurs.	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement économique défavorable ; • Insécurité ; • Epidémies et catastrophes naturelles ; • Frondes sociales à répétition.
P1. La politique et les stratégies couvrent tous les domaines clés, sont cohérents, disponibles et accessibles	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de programmes disposant de stratégies ; • Proportion des stratégies mises en œuvre. 	Documents de politique et de stratégies, enquête	Disponibilité des ressources ; adhésion des acteurs ; stabilité institutionnelle.	Environnement économique défavorable ; Insécurité ; Manque d'adhésion des acteurs.
P2. Les cadres juridiques, réglementaires et normatifs sont adaptés à la mise en œuvre de la politique et des stratégies	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de politiques et de stratégies disposant d'un texte d'application. • Proportion de documents normatifs mis en œuvre ; • Proportion des 	Textes d'applications	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des ressources ; • Volonté politique 	Manque d'adhésion des acteurs.

Logique d'intervention	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses	Risques
	structures disposant de textes d'organisation			
P3. Le dispositif de mise à disposition et d'utilisation des données sanitaires permet la prise de décisions à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> • % de documents statistiques disponibles à temps ; • % de décisions prises sur la base des données du SNIS 	Tableaux de bord ; Annuaire statistique ; Métadonnées du SNIS ; BEIS.	Disponibilité des ressources, adhésion des acteurs	Environnement économique défavorable ; Insécurité ; Manque d'adhésion des acteurs.
P4. Les décisions sont prises sur la base des données factuelles (résultats de recherche, études)	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de résultats de recherches/études mises à la disposition du MS ; • % de décisions prises sur la base des données factuelles 	Rapports de recherches/études réalisées Rapports de cadres de concertation Directives/textes	Fiabilité des résultats	Survenue d'épidémie ; Frondes sociales
P5. Le mécanisme de redevabilité est fonctionnel à tous les niveaux du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • % de CASEM et CSD-Santé tenus ; • Nombres de CTRS tenus ; • % de sessions de conseil d'administration des EPS tenues ; • % de réunités ECD/ICP/COGES tenues ; • % de réunions du Conseil de Santé du District (CSD) tenues ; • % d'AG dans les CSPS/CM/CMA ; • % de formations sanitaires ayant mis en place un cadre fonctionnel de collecte et de traitement des plaintes et des dénonciations des usagers 	Rapports de réunions et de rencontres	Disponibilité des ressources	Environnement économique défavorable ; Insécurité ; Incivisme ; Manque d'adhésion des acteurs.

Logique d'intervention	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses	Risques
P6. L'autorité, le rôle et la responsabilité de chaque acteur sont clairement définis, communiqués, compris et respectés	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de responsables disposant d'une lettre de mission ; • % de responsables disposant d'un acte de nomination ; • Pourcentage d'agents disposant de fiches d'indication des attentes ; • % de services disposant d'un document de description de postes et répartition des tâches. 	Manuels de procédures internes ; Actes de nomination ; Contrats d'objectifs.	Adhésion des acteurs	Incivisme ; Manque d'adhésion des acteurs.
P7. Les principes et bonnes pratiques de gestion des RH sont définis, communiqués et appliqués à tous les niveaux du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de lois, statuts et règlements sur la carrière des agents ; • Existence de manuels de gestion des RH ; • % de structures appliquant les principes et bonnes pratiques de gestion des RH 	RIME ; Statuts particuliers ; Manuels de procédures.	Volonté politique ; adhésion des acteurs.	Manque d'adhésion des acteurs ; Expansion du faux et de la fraude.
P8. Les dispositifs de gestion des ressources financières et matérielles sont définis, disponibles, diffusés et appliqués à tous les niveaux du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de manuels de gestion des ressources financières à tous les niveaux, • Existence d'une comptabilité matière à tous les niveaux ; • % de structures utilisant les manuels de procédure 	Circuit intégré de la dépense ; loi de finances ; budget programme ; budget opérationnel de programme ; manuels de gestion des ressources financières	Adhésion des acteurs.	Incivisme.

12. Analyse et gestion des risques

Seront considérés comme risques les évènements susceptibles d'influencer négativement l'atteinte des résultats du programme pilotage et soutien des services

de santé. Il s'agit ici de la non adhésion des acteurs, de l'environnement économique défavorable, de l'insécurité, de l'expansion du faux et de la fraude.

✓ **Non adhésion des acteurs**

La réalisation des résultats nécessite la participation des différents acteurs à la mise en œuvre du programme pilotage et soutien des services de santé, notamment les structures et institutions, le secteur privé et les partenaires. Leur non adhésion à la mise en œuvre peut compromettre l'atteinte des effets escomptés.

Pour atténuer ce risque, des actions de communication, de sensibilisation et d'appropriation seront menées tout au long de la mise en œuvre afin de faciliter leur adhésion.

✓ **Environnement économique défavorable**

Un environnement économique défavorable au plan national et international contribuera à la réduction de la mobilisation des ressources pour le financement des actions en faveur du programme pilotage et soutien aux services de santé.

Pour minimiser ce risque, une gestion efficiente des ressources et une culture de redevabilité devront être appliquées.

✓ **Expansion du faux et de la fraude**

Le secteur de la santé peut être confronté à l'expansion du faux et de la fraude pouvant compromettre la qualité des services de santé offerts.

Pour atténuer ce risque, les actions de contrôle seront entreprises en collaboration avec les structures compétentes.

✓ **Insécurité**

L'insécurité dans certaines zones peut empêcher la mise en œuvre des actions du programme pilotage et soutien des services de santé.

Pour y remédier, des actions de contingentement (adaptation des stratégies au contexte sécuritaire) et de sensibilisation seront organisées auprès des populations et des professionnels de santé.

Tableau III : mitigation des risques

Risques	Actions de mitigation	Responsables
Non adhésion des	Information, communication,	DGESS/ DGSP

acteurs	sensibilisation des acteurs	
Environnement économique défavorable	Gestion efficiente des ressources et application de la culture de redevabilité	DAF/DGESS
Expansion du faux et de la fraude	Contrôle avec les structures compétentes.	ITSS/DAF/DGESS
Insécurité	Contingement, sensibilisation des populations et des professionnels de santé	DGESS/DGSP/DGAP/DGOS
Survenue d'épidémies	Elaboration de plan de riposte aux épidémies et sensibilisation des populations et des professionnels de santé	DGESS/DGSP/DGAP/DGOS
Survenue de catastrophes	Elaboration de plan de riposte aux épidémies et sensibilisation des populations et des professionnels de santé	DGESS/DGSP/DGAP/DGOS

Les coûts des actions de mitigation sont intégrés dans le coût total de la stratégie.

13. Dispositif de mise en œuvre du programme pilotage et soutien des services du MS

La mise en œuvre du programme pilotage et soutien des services du MS se fera à travers les documents de référence qui guident l'action du ministère dans l'accomplissement de sa mission. Pour la réussite de sa mise en œuvre, les instruments, les acteurs et le cadre organisationnel suivants sont nécessaires.

13.1. Cadre institutionnel

Pour un bon pilotage et soutien des services de santé, l'approche sectorielle et le renforcement de la collaboration intersectorielle seront nécessaires. Cela demande un plus grand engagement pour plus de performance en matière de transparence, d'efficience, d'équité et de redevabilité. Le Cadre institutionnel de la mise en œuvre du programme 057 « pilotage et soutien des services du MS » est la DGESS.

La fonction première de ce cadre est de permettre une construction progressive et efficace de l'approche sectorielle en collaboration avec les autres secteurs agissant sur les déterminants de la santé. Pour y parvenir, il s'agira de (i) renforcer davantage

le leadership du MS dans la conduite de la bonne gouvernance autour duquel adhère l'ensemble des partenaires (ii) renforcer le partenariat et une mobilisation coordonnée des ressources pour des actions sanitaires efficaces (iii) renforcer la coordination technique au sein du MS.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre du programme pilotage et soutien des services du MS s'appuie sur les organes aux différents niveaux du système de santé et dont la composition est multisectorielle.

13.2. Responsable de mise en œuvre

Le programme pilotage et soutien des services du MS est animé par un responsable dont les missions sont : (i) formuler la stratégie du programme conformément à la politique nationale de santé définie par le gouvernement; (ii) coordonner et suivre la mise en œuvre du programme; (iii) veiller à la mise en œuvre de toutes les fonctions essentielles de santé publique, notamment l'analyse stratégique de la situation sanitaire, la prévention et le contrôle des maladies, la promotion de la santé ainsi que la protection de la santé de la population, des communautés et des groupes spécifiques.

13.3. Organes de mise en œuvre

✓ Cadre sectoriel de dialogue de la santé

Présidé par le Ministre de la santé, le Cadre sectoriel de dialogue (CSD) implique l'ensemble des acteurs et partenaires techniques et financiers du Ministère de la santé, du Ministère de la femme, de la solidarité nationale, de la famille et de l'action humanitaire, du Ministère de l'agriculture et des aménagements hydro-agricoles. Le CSD se réunit deux fois par an pour le suivi de la politique sectorielle santé.

Le CSD est chargé de la coordination de la mise en œuvre de la gouvernance, de la validation des documents et outils d'aide à la bonne gouvernance, de la vérification et de l'analyse des résultats pour prendre les mesures correctrices nécessaires dans le cadre de la redevabilité et de la réorientation des priorités de gouvernance en fonction des résultats atteints.

Le CSD peut organiser également des missions et des études pour confirmer sur le terrain les résultats ou les problèmes rapportés en matière de gouvernance dans le système de santé.

✓ **Les groupes thématiques**

Quatre groupes thématiques assurent le suivi des quatre programmes budgétaires du MS. Le groupe thématique « Pilotage et soutien des services du MS » est chargé du suivi de la mise en œuvre du programme 057.

Les quatre groupes thématiques couvrent respectivement les programmes suivants :

- Offre de soins (055) : infrastructures, équipements, médicaments et produits de santé et accessibilité financière des services de santé aux populations
- Santé publique (056) : prestations de soins, promotion de la santé et lutte contre la maladie ;
- Pilotage et soutien des services du Ministère de la santé (057) : gouvernance et leadership ; financement de la santé, Système d'information sanitaire et recherche pour la santé.
- Accès aux produits de santé (146) : approvisionnement en produits de santé et technologie médicale.

Chaque groupe thématique est présidé par un responsable de programme. Les groupes thématiques sont composés des représentants du ministère de la santé, des autres secteurs ministériels concernés, de la société civile, des PTF, des sociétés savantes, des ordres et associations professionnels et de personnes ressources.

Le groupe thématique « pilotage et soutien » est chargé de :

- élaborer le rapport de performance en matière de gouvernance du programme qui sera soumis à la réunion du CSD en début d'année ;
- établir à partir des orientations du CSD la liste des activités prioritaires annuelles, le budget y relatif et la stratégie de mise en œuvre de la bonne gouvernance ;
- proposer des projets de réformes techniques et administratives en matière de gouvernance à soumettre au CSD pour validation ;
- proposer la validation des stratégies sous-sectorielles ainsi que les résultats des études et évaluations en matière de gouvernance ;
- s'appuyer sur ses équipes fonctionnelles pour contribuer à la mise en œuvre des activités.

✓ **Cadres régionaux de dialogue (CRD)**

En raison de l'avancée significative du processus de décentralisation, la mise en œuvre du pilotage et soutien fait l'objet d'un suivi par un cadre régional de dialogue

qui regroupe les différents secteurs de planification santé. Il est placé sous la présidence du Gouverneur de région. Le directeur régional de la santé est chargé de présenter son rapport contributif au CRD en matière de pilotage et soutien des services dans le domaine de la santé.

✓ **Conseil de santé de district (CSD)**

Placé sous la présidence du Haut- commissaire de la province, ce conseil est chargé de :

- coordonner les interventions des différents acteurs de santé au niveau périphérique et notamment dans les communes en matière de pilotage et soutien des services de santé;
- valider le plan d'action et le plan de développement sanitaire du district intégrant les priorités nationales en matière de pilotage et soutien des services de santé.

13.4. Suivi et évaluation

✓ **Instances de suivi et d'évaluation**

Pour le suivi du programme pilotage et soutien des services du Ministère de la santé, les instances sont les CSD, CASEM, Comités de revue, CTRS, CODI et le Conseil de santé de district.

Les acteurs de suivi sont les structures étatiques, les collectivités territoriales, les organisations de la société civile, les partenaires techniques et financiers, les privés et les autres acteurs de développement.

L'unité de suivi et d'évaluation assure l'organisation et la mise en œuvre de cette activité au sein du programme.

✓ **Les outils de suivi et d'évaluation**

Les outils de suivi du programme pilotage et soutien des services du MS sont constitués des différents plans élaborés à tous les niveaux du système de santé, des rapports de progrès, des bilans des plans d'action annuels des structures, des tableaux de bord, des rapports de performance périodiques.

Les outils d'évaluation sont constitués des rapports d'enquêtes et rapports annuels d'activités. La capitalisation se fera à travers le dispositif de collecte, d'organisation et d'analyse de l'information relative à la mise en œuvre du programme.

14. Mécanisme de financement du programme pilotage et soutien des services du MS

Les ressources financières qui seront mobilisées pour la mise en œuvre du pilotage et soutien des services du MS proviendront de l'Etat, des partenaires techniques et financiers, du secteur privé, des collectivités territoriales, des organisations de la société civile et des ONG/associations.

La mobilisation de ces ressources financières tiendra compte des opportunités de financement qu'offrent les différents partenaires.

Le financement de l'Etat se fera à travers le budget de l'Etat qui devra consacrer une allocation conséquente au domaine de la gouvernance.

Les interventions des partenaires techniques et financiers se feront conformément aux orientations définies dans les différents documents de politique ainsi que dans le COMPACT.

Le secteur privé national ou international interviendra à travers le partenariat public-privé.

Les collectivités territoriales participeront au financement de la gouvernance à travers leurs ressources propres et les ressources mobilisées dans le cadre de la coopération décentralisée.

Les Organisations non gouvernementales et Associations de Développement (ONG/AD) participeront au financement du plan à travers les ressources qu'elles mobilisent auprès d'autres partenaires dans le cadre de la mise en œuvre des initiatives de développement dans le secteur de la santé.

La Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) contribuera au financement du programme.

15. Coût de la mise en œuvre

Le coût total de la stratégie est estimé à cent cinquante milliards trois cent quatre-vingt-trois millions cinq cent vingt mille francs (**150 383 520 000**) FCFA. Le détail par produit et par an figure dans le tableau ci-dessous.

Tableau IV : coûts de la stratégie par produits

Produits	Coûts (en millier)				%
	2020	2021	2022	Total	

Produit 1. La politique et les stratégies couvrent tous les domaines clés, sont cohérents, disponibles et accessibles	3 609 704	3 407 346	3 438 824	10 455 874	6,95%
Produit 2. Les cadres juridiques, réglementaires et normatifs sont adaptés à la mise en œuvre de la politique et des stratégies	324 102	343 675	343 535	1 011 312	0,67%
Produit 3- Le dispositif de mise à disposition et d'utilisation des données sanitaires permet la prise de décisions à tous les niveaux	2 786 856	2 870 462	2 956 578	8 613 896	5,73%
Produit 4- Les décisions sont prises sur la base des données factuelles (résultats de recherche, études)	9 958 526	10 257 283	10 565 001	30 780 809	20,47%
Produit 5. Le mécanisme de redevabilité est fonctionnel à tous les niveaux du système de santé	31 722	32 673	33 654	98 049	0,07%
Produit 6- L'autorité, le rôle et la responsabilité de chaque acteur sont clairement définis, communiqués, compris et respectés	364 000	374 920	386 168	1 125 088	0,75%
Produit 7- Les principes et bonnes pratiques de gestion des RH sont définis, communiqués et appliqués à tous les niveaux du système de santé	20 005 000	20 605 000	21 223 000	61 833 000	41,12%
Produit 8- Les dispositifs de gestion des ressources financières et matérielles sont définis, disponibles, diffusés et appliqués à tous les niveaux du système de santé	11 716 571	12 229 068	12 519 850	36 465 492	24,25%
Total	48 796 481	50 120 427	51 466 610	150 383 520	100,00%

Conclusion

Le pilotage et le soutien dynamiques des services du Ministère de la santé constituent une des stratégies pour l'amélioration des performances des structures du Ministère de la santé. Les prestations des services de santé doivent être organisées et gérées de manière à favoriser des interventions sanitaires efficaces et accessibles, qui soient centrées sur les populations de façon équitable.

Ainsi, ce document de pilotage et de soutien des services de santé contribuera à accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs de développement durable et à réduire les inégalités et l'injustice sociale qui empêchent de larges couches de la population à l'accès aux services de santé essentiels.

Références

1. Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020 (Burkina Faso, 2016) ;
2. Guide d'élaboration des politiques sectorielles (MINEFID, 2017) ;
3. Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province (INSD, 2009) ;
4. Politique nationale de santé (Ministère de la Santé, 2010) ;
5. Plan national de développement sanitaire 2011-2020, 2^{ème} tranche (Ministère de la Santé, 2017) ;
6. Tableau de bord 2017 des indicateurs de santé (Ministère de la Santé, 2018) ;
7. Métadonnées des indicateurs du système national d'information sanitaire (Ministère de la Santé, 2015) ;
8. Profil sanitaire complet du BF, module 1, situation socio-sanitaire du Burkina Faso et mise en œuvre des ODD, (OMS, 2017) ;
9. OMS (2017), Profil sanitaire complet du BF, module 2, système de santé du Burkina Faso, mars 2017 ;
10. OMS (2017), Profil sanitaire complet du BF, module 3, programmes et services spécifiques de santé au Burkina Faso, mars 2017 ;
11. Ministère de la Santé, Annuaire statistique, 2018, BF ;
12. OMS, Renforcer les systèmes de santé, « l'OMS soutient les pays dans l'élaboration de systèmes de santé robustes et réactifs axés sur les besoins et la situation de la population »
13. Rapport à madame Roselyne Bachelot-Narquin (2009), Ministre française de la Santé et des Sports « Refonder la gouvernance de la politique d'informatisation du système de santé » ;
14. André-Pierre Contandriopoulos, « La gouvernance dans le domaine de la santé » ;
15. Ministère de la santé, document d'orientation de la gouvernance du système de santé, BF ;
16. Université Claude Bernard Lyon 1 « Livre Blanc, Maturité des outils de Gouvernance IT ».

Annexes

Tableau V : analyse des problèmes de la gouvernance

Problèmes	Causes	Conséquences
L'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies sont insuffisantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inexistence de stratégies pour certains domaines des politiques ▪ Insuffisance d'arrimage, de synergie et de cohérence entre les stratégies, politiques et documents normatifs ▪ Forte influence des partenaires dans la définition des priorités stratégiques ▪ Non-respect des textes réglementaires, juridiques et normatifs à certains niveaux ▪ Tolérance au non-respect des textes réglementaires et juridiques de la part des autorités de tutelle ▪ Absence de veille juridique, réglementaire et normatif dans les institutions de santé ▪ Plans d'action axés sur les priorités de financement que sur la cohérence des priorités identifiées ▪ Insuffisance dans l'élaboration des plans d'action (analyse des parties prenantes, des risques et opportunités) ▪ Utilisation de textes réglementaires, juridiques et normatifs obsolètes ▪ Insuffisance dans le contenu du guide de planification stratégique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible appropriation des politiques ▪ Absence de textes réglementaires, juridiques et normatifs dans certains domaines ▪ Non appropriation des stratégies et textes réglementaires, juridiques et normatifs à tous les niveaux ▪ Méconnaissance des textes réglementaires et juridiques à certains niveaux ▪ Absence de plans stratégiques dans certains domaines et structures ▪ Planification stratégique peu déployée ▪
Les managements stratégiques et opérationnels sont insuffisants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de plans de communication dans certaines structures ▪ Insuffisance dans les contenus des plans de communication ▪ Canaux de communication pas suffisamment exploités ▪ Insuffisance dans les techniques de communication ▪ Insuffisance dans la communication interne et interpersonnelle ▪ Faible déploiement de la démarche qualité à tous les niveaux du système de santé ▪ Insuffisance de partage de valeurs et principes moraux communs ▪ Insuffisance de prise en compte des revendications syndicales ▪ Non mise en œuvre de la loi portant fonction publique hospitalière 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compétences insuffisamment exploitées ▪ Climat social non propice à l'atteinte des objectifs ▪ Faible fonctionnalité de la mise en œuvre des missions par programmes ▪ Fronde sociale à répétition ▪

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infrastructures et équipements pas toujours adaptés au genre et groupes spécifiques ▪ Absence d'activités de distraction entre les agents ▪ Non indexation de la rémunération au taux d'inflation ▪ Insuffisance de solidarité entre agents (mutuelle sociale) ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
La collaboration intra et inter sectorielle est insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance dans la tenue des cadres de concertation ▪ Faible efficacité des cadres de concertation ▪ Non-respect de certaines conventions/contrats de collaboration ▪ Insuffisance de la collaboration intersectorielle ▪ Faible coordination de l'intégration des changements en lien avec les référentiels et engagements ▪ Lenteur dans la mise en œuvre des critères de convergence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non-respect des engagements nationaux, régionaux et internationaux ▪ Insuffisances dans le respect des normes régionales et internationales en matière de ressources humaines et matérielles ...
l'organisation, la mise en œuvre des services et des soins est insuffisante dans le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de compétence en management de certains responsables, ▪ Insuffisance dans l'élaboration des organigrammes ▪ Certains postes ne sont pas pourvus ▪ Verticalisation des interventions et missions (non implication de toutes les compétences pour certaines interventions) ▪ Insuffisance dans la prise en compte des sous-secteurs privé et traditionnel dans l'organisation du système ▪ Insuffisance dans la prise en compte du genre et des groupes vulnérables dans l'organisation du système à tous les niveaux ▪ Méconnaissance des rôles et responsabilités des acteurs ▪ Absence de lettres de missions et de fiches d'indication des attentes ▪ Charges et rapports d'interim insuffisamment formalisés, ▪ Absence de culture de transmission de fonds documentaires suite aux affectations et nominations ▪ Certains responsables n'ont pas l'autorité nécessaire pour exercer leur responsabilité ▪ Certains responsables n'ont pas l'habilitation nécessaire pour exercer leur rôle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organigrammes peu fonctionnels ▪ Faible stabilité des organigrammes du Ministère ▪ Chevauchement des missions et attributions ▪ Insuffisance de synergie de fonctionnement des corps socio professionnels du système de santé ▪ Cloisonnement des fonctions administratives et des fonctions médico-techniques ▪ Méconnaissance des missions et attributions

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de gestion de l'information sanitaire ▪ Insuffisance dans la gestion des produits de santé (faible mise en œuvre de la pharmacie hospitalière, insuffisance dans l'organisation du système de garde dans les dépôts et officines pharmaceutiques de façon (rendre disponibles les médicaments 24h/24)), 	
La redevabilité est insuffisamment promue au MS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inefficacité des cadres de redevabilité ▪ Insuffisance de capitalisation des comptes rendus ▪ Non évaluation des agents sur la base des lettres de missions et des fiches d'attente ▪ Insuffisance dans la mise en œuvre des mécanismes de suivi et d'évaluation, de contrôle et d'inspection ▪ Absence de contrôle de conformité entre les commandes et les livraisons 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de sanction issue des missions de de suivi et d'évaluation, de contrôle et d'inspection ▪ La mise en œuvre des recommandations n'est pas efficace ▪ Réception de complaisance de certains produits et prestations externalisés
La gestion des ressources est insuffisante dans le MS	<p>La gestion des ressources humaines est insuffisante</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inexistence de plan prévisionnel de gestion des personnels ▪ Non mise à jour des documents de normes et de cadres d'expression de besoin ▪ Documents guide d'expression de besoins ne prend pas en compte tous les domaines ▪ Non adéquation de la mobilisation des ressources avec les besoins exprimés ▪ Verticalité de la mobilisation des ressources ▪ Principes d'affectation et de mise à disposition des ressources ne sont pas toujours factuels ▪ Compétences insuffisamment exploitées et ignorées ▪ Insuffisance dans la gestion des compétences ▪ Faible sécurisation des ressources ▪ Faible capitalisation des expériences de gestion des ressources ▪ mauvaise répartition des ressources humaines en santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible disponibilité des agents dans certaines FS ▪ Faible qualité des soins ▪ Rupture fréquente des stocks ▪ Surstock et péremption des médicaments ▪ Faible réalisation de certaines prestations ▪ malversations financières ▪ faible qualité des soins ▪ insuffisances de matériels ▪ faible niveau d'exécution des

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de personnel qualifié pour la gestion des médicaments <p>La gestion des ressources matérielles est insuffisante</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traçabilité insuffisante de l'allocation de certaines ressources matérielles ▪ Inadéquation des attentes techniques par rapport aux ressources matérielles ▪ faible rationalité de l'utilisation des ressources matérielles ▪ faible exploitation des bonnes pratiques de gestion des ressources matérielles ▪ Insuffisance de traçabilité de l'utilisation des ressources ▪ Faible mise en œuvre des procédures de retrait et libération des ressources matérielles ▪ Faible capacité de gestion des rebuts ▪ Faible capitalisation des expériences de gestion des ressources ▪ faiblesse des infrastructures et réseaux de communication (internet, intranet, RESINA) ; ▪ rupture fréquente des supports papiers de collecte des données, ▪ insuffisance de matériel informatique et péri-informatique pour le SNIS, ▪ déploiement insuffisant d'Endos qui n'atteint pas encore le niveau des CSPA ▪ Non utilisation des outils sur le terrain, ▪ Non-respect et faible entretien du bien public, ▪ Non-respect des niveaux de stock <p>La gestion des ressources financières est insuffisante</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible capitalisation des expériences de gestion des ressources ▪ Clés et critères de répartition des ressources financières non optimales 	<p>activités</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ arrêt de financement des partenaires
--	---	---

Tableau VI : planning des activités de la stratégie du pilotage et soutien des services de santé

N°	Activités	Période de réalisation			Coût (en milliers)				Responsable	Autres concernés
		2020	2021	2022	2020	2021	2022	TOTAL		
Produit 1. La politique et les stratégies couvrent tous les domaines clés, sont cohérents, disponibles et accessibles										
1	Renforcer la planification stratégique et opérationnelle à tous les niveaux du SS	X	x	X	20 000	20 000	20 000	60 000	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP
2	Assurer la tenue des cadres de concertation à tous les niveaux	X	x	X	10 000	10 000	10 000	30 000	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP
3	Elaborer un référentiel institutionnel, organisationnel du système de santé	X			300 000	0	0	300 000	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP
4	Développer/actualiser les outils de pilotage : la cartographie des intervenants dans le secteur, la carte sanitaire	X	x	x	10 000	10 000	10 000	30 000	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP
5	Apporter une aide aux enfants encéphalopathes et personnes âgées	x	x	x	140 000	144 200	148 526	432 726	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
6	Payer la contribution du Burkina à l'Union	x	x	x	449 000	462 470	449 000	1 360 470	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

	internationale de lutte contre la tuberculose									
7	Payer la contribution du Burkina au comité national de lutte contre le tabac	x	x	x	225 000	231 750	225 000	681 750	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
8	Payer la contribution du Burkina à l'OMS	x	x	x	25 000	25 750	25 000	75 750	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
9	Poursuivre l'animation du Cadre sectoriel de dialogue (CSD) en renforçant la dimension intersectorielle	x	x	x	297 189	306 105	315 288	918 582	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
10	Développer/actualiser les outils de pilotage : la cartographie des intervenants dans le secteur, la carte sanitaire	x	x	x	10 000	10 300	10 609	30 909	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
11	Coordonner les actions autour d'une vision commune du système d'approvisionnement en médicaments essentiels	x	x	x	2 500	2 575	2 652	7 727	DGAP	DGSP/DGOS/PTF

12	Accélérer les réformes en cours : décentralisation ou communalisation intégrale, approche sectorielle, contractualisation, financement basé sur les résultats, la planification axée sur les résultats, déconcentration au sein du ministère à travers les régions et les districts sanitaires	x	x	x	560 000	576 800	594 104	1 730 904	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
13	Assurer la tenue des rencontres statutaires du Ministère de la santé	x	x	x	154 549	159 186	163 961	477 696	Cabinet	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
14	Elaborer le cadre et les directives de planification	x	x	x	20 000	20 600	21 218	61 818	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
15	Organiser le suivi du PNDS 2011-2020	x	x	x	10 000	10 300	10 609	30 909	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
16	Organiser l'évaluation finale du PNDS 2011-2020	x			25 000	25 750		50 750	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
17	Evaluer/élaborer les plans (PDRS, PDSD, PE, PS, PA...)	x	x	x	200 000	206 000	212 180	618 180	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
18	Assurer la réalisation des	x	x	x	261 729	269 581	277 668	808 978	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

	supervisions dans les structures administratives									
19	Assurer les actions de communication du Ministère de la Santé	x	x	x	15 000	15 450	15 914	46 364	DCPM	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
20	Prévoir un plan de financement pour la communication	x	x	x	15 000	15 450	15 914	46 364	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
21	Mettre en œuvre les plans stratégiques de communication pour la santé	x	x	x	150 000	154 500	159 135	463 635	DGESS	DCPM/DGSP/DGOS/DGAP/PTF
22	Mettre en œuvre des actions de communication interpersonnelle par les différents canaux communautaires	x	x	x	50 000	51 500	53 045	154 545	DCPM	DGSP/DGOS/DGAP/DGESS
23	mettre en place un système performant de communication intra sectorielle et intersectorielle	x	x	x	144 737	149 079	153 551	447 367	DCPM	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
24	Assurer l'acquisition des équipements, matériels et autres consommables de communication au sein du MS (interne et externe)	x	x	x	500 000	515 000	530 450	1 545 450	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/DGESS

25	Appuyer l'élaboration des organigrammes à tous les niveaux assortis d'une durée minimale.	x	x	x	5 000	5 000	5 000	15 000	DGESS	DDII et autres structures déconcentrées
26	Assurer le suivi de la mise en œuvre des organigrammes à tous les niveaux du SS	x	x	x	10 000	10 000	10 000	30 000	DGESS	DDII et autres structures déconcentrées
	Sous total 1				3 609 704	3 407 346	3 438 824	10 455 874		
Produit 2. Les cadres juridiques, réglementaires et normatifs sont adaptés à la mise en œuvre de la politique et des stratégies										
27	Assurer l'inspection et le contrôle de la mise en œuvre des textes	X	x	x	5 000	5 000	5 000	15 000	ITSS	DGESS
28	Renforcer les mécanismes de contrôle pour une gestion transparente, efficace et efficiente des ressources	X	x	x	5 000	5 000	5 000	15 000	ITSS	DGSP/DGOS/DGAP DGESS
29	Elaborer et mettre en œuvre un plan d'action sectoriel de lutte contre la corruption		x		0	10 000	0	10 000	ITSS	DGSP/DGOS/DGAP DGESS
30	Renforcer le cadre légale, réglementaire et normatif	x	x	x	61 409	63 251	65 149	189 809	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

31	Instituer la certification des structures de santé et l'accréditation des pratiques professionnelles	x	x	x	257 693	265 424	273 386	796 503	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
Sous total 2					324 102	343 675	343 535	1 011 312		
Produit 3- Le dispositif de mise à disposition et d'utilisation des données sanitaires permet la prise de décisions à tous les niveaux										
32	Développer une plateforme intersectorielle d'échange d'informations dans le cadre de la sécurité sanitaire et de « One Health »	x	x	x	1 000 000	1 030 000	1 060 900	3 090 900	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
33	Appuyer le fonctionnement du Centre de Documentation et d'Information sur le Médicament (CEDIM)	x	x	x	12 000	12 360	12 731	37 091	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
34	Renforcer le processus de production de l'information sanitaire à tous les niveaux, y compris la prise en compte des données communautaires	x	x	x	100 000	103 000	106 090	309 090	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

35	Elaborer un schéma directeur du système d'information hospitalier	x	x	x	79 000	81 370	83 811	244 181	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
36	Informatiser le système d'information hospitalier	x	x	x	50 000	51 500	53 045	154 545	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
37	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.	x	x	x	10 000	10 300	10 609	30 909	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
38	Renforcer les capacités opérationnelles des acteurs du SNIS et des prestataires de services	x	x	x	25 000	25 750	26 523	77 273	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
39	Mettre en réseau les différentes entités qui produisent de l'information sanitaire (DAF, DRH, hôpitaux, les DRS, districts sanitaires et le CNTS)	x	x	x	10 000	10 300	10 609	30 909	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

40	Développer des enquêtes spécifiques sur l'état de santé de la population	x	x	x	100 000	103 000	106 090	309 090	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
41	Mettre en place un dispositif de contrôle de qualité des données produites à tous les niveaux du système de santé	x	x	x	75 000	77 250	79 568	231 818	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
42	Créer un archivage numérique unique, accessible en ligne à tous les partenaires autorisés, de tous les documents de politiques, de stratégies, de planification relatifs au secteur de la santé	x	x	x	16 650	17 150	17 664	51 464	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
43	Améliorer l'archivage des documents administratifs, registres de consultation, fiches de stock	x	x	x	10 000	10 300	10 609	30 909	DGESS	DAD/DGSP/DGOS/DGAP/PTF
44	Renforcer le processus d'analyse et d'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux	x	x	x	25 000	25 750	26 523	77 273	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

45	Développer des systèmes informatiques interopérables pour la prise de décision	x	x	x	200 000	206 000	212 180	618 180	DSIS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
46	Rendre fonctionnel le site WEB et la connexion internet du MS	x	x	x	50 000	51 500	53 045	154 545	DSIS	DGSP/DGOS/DGAP/DGESS
47	Assurer la documentation et la dissémination des bonnes pratiques	x	x	x	14 206	14 632	15 071	43 909	DSIS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
48	Mettre à jour régulièrement la carte sanitaire nationale	x	x	x	25 000	25 750	26 523	77 273	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
49	Améliorer la connectivité internet à tous les niveaux du système de santé	x	x	x	750 000	772 500	795 675	2 318 175	DSIS	DGSP/DGOS/DGAP/DGESS
50	Développer la télémédecine	x	x	x	50 000	51 500	53 045	154 545	DSIS	DGSP/DGOS/DGAP/DGESS
51	Mettre en place des registres électroniques spécifiques aux Maladies non transmissibles (MNT) (cancer, diabète, etc.)	x	x	x	25 000	25 750	26 523	77 273	DSIS	DGSP/DGOS/DGAP/DGESS
52	Poursuivre le déploiement du Registre électronique de	x	x	x	150 000	154 500	159 135	463 635	DGESS	DSIS/DGSP/DGOS/DGAP/DGESS

	consultation (REC)									
53	Intégrer la production de l'information sanitaire sur la santé des personnes âgées dans le SNIS	x	x	x	10 000	10 300	10 609	30 909	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP
	Sous total 3				2 786 856	2 870 462	2 956 578	8 613 896		
Produit 4- Les décisions sont prises sur la base des données factuelles (résultats de recherche, études)										
54	Appuyer le fonctionnement du Centre de Recherche en Santé de Nouna	x	x	x	750 000	772 500	795 675	2 318 175	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
55	Appuyer le fonctionnement du Centre National de recherche et formation en paludisme CNRFP	x	x	x	750 000	772 500	795 675	2 318 175	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
56	Approvisionner le fonds d'appui de recherche en santé	x	x	x	1 500 000	1 545 000	1 591 350	4 636 350	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
57	Assurer le fonctionnement des Etablissements Publics de Santé	x	x	x	5 860 000	6 035 800	6 216 874	18 112 674	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
58	Renforcer le dispositif de coordination de la recherche du MS	x	x	x	115 490	118 955	122 523	356 968	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

59	Renforcer les capacités opérationnelles du MS en matière de recherche	x	x	x	150 000	154 500	159 135	463 635	INSP	DGSP/DGESS/DGAP/PTF
60	Mettre en place un dispositif fonctionnel de diffusion des résultats de la recherche	x	x	x	10 471	10 785	11 109	32 365	INSP	DGSP/DGESS/DGAP/PTF
61	Promouvoir l'utilisation des résultats de la recherche en santé dans la prise de décision	x	x	x	4 359	4 490	4 624	13 472	INSP	DGSP/DGESS/DGAP/PTF
62	Assurer un accompagnement systématique des programmes de santé par des activités de recherche	x	x	x	10 463	10 777	11 100	32 341	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
63	Assurer la mise à jour des priorités de recherche pour la santé	x	x	x	75 000	77 250	79 568	231 818	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
64	Assurer la capitalisation des résultats de la recherche en santé	x	x	x	55 084	56 737	58 439	170 259	DGESS	INSP/DGSP/DGOS/DGAP/PTF
65	Assurer le suivi et l'évaluation du plan national de développement de la	x	x	x	450 018	463 519	477 424	1 390 961	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

	recherche en santé									
66	Renforcer les compétences des acteurs en matière de réglementation	x	x	x	6 650	6 850	7 055	20 554	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
67	Renforcer les compétences des acteurs en matière d'évaluation éthique et scientifique des projets de recherche	x	x	x	20 516	21 131	21 765	63 413	INSP	DGSP/DGESS/DGAP/PTF
68	Favoriser les échanges scientifiques aussi bien au plan national que international	x	x	x	100 000	103 000	106 090	309 090	INSP	DGSP/DGESS/DGAP/PTF
69	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	x	x	x	75 000	77 250	79 568	231 818	INSP	DGSP/DGESS/DGAP/PTF
70	Faciliter les échanges avec les institutions spécialisées dans la recherche	x	x	x	475	489	504	1 468	DGESS	INSP/DGSP/DGOS/DGAP/PTF

71	Mettre en place un dispositif de communication entre le MS et ses différentes institutions	x	x	x	25 000	25 750	26 523	77 273	DCPM	DGSP/DGESS/DGAP/PTF
Sous total 4					9 958 526	10 257 283	10 565 001	30 780 809		
Produit 5. Le mécanisme de redevabilité est fonctionnel à tous les niveaux du système de santé										
72	Activer la plateforme de redevabilité mutuelle	x	x	x	5 000	5 150	5 305	15 455	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
73	Mettre en place les mécanismes pour réduire les inégalités	x	x	x	10 000	10 300	10 609	30 909	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
74	Mettre en place un mécanisme pour assurer la redevabilité vis-à-vis des utilisateurs des services	x	x	x	8 725	8 986	9 256	26 967	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
75	Mettre en place un mécanisme d'utilisation des résultats du suivi et de l'évaluation dans la prise de décisions, la retro-information et la redevabilité	x	x	x	7 997	8 237	8 484	24 718	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
Sous total 5					31 722	32 673	33 654	98 049		
Produit 6- L'autorité, le rôle et la responsabilité de chaque acteur sont clairement définis, communiqués, compris et respectés										
76	Elaborer et mettre en œuvre un plan	x	x	x	114 000	117 420	120 943	352 363	ITSS	DGSP/DGESS/DGAP/PTF

	d'action sectoriel de lutte contre la corruption									
77	Poursuivre les audits globaux et financiers	x	x	x	250 000	257 500	265 225	772 725	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
	Sous total 6				364 000	374 920	386 168	1 125 088		
Produit 7- Les principes et bonnes pratiques de gestion des RH sont définis, communiqués et appliqués à tous les niveaux du système de santé										
78	Renforcer les compétences du personnel de santé	X	x	x	25000	25000	25000	75000	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP
79	Définir les profils pertinents des professionnels de santé selon les priorités du secteur de la santé		x		0	5000	0	5000	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP
80	Elaborer et mettre en œuvre des plans opérationnels de recrutement, de répartition, d'utilisation et de gestion des carrières des ressources humaines pour la santé	X	x	x	5 000	5 000	5 000	15 000	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP
81	Poursuivre l'organisation de la fonction publique hospitalière	x	x	x	20 000 000	20 600 000	21 218 000	61 818 000	AGSP/EPS	DGSP/DGOS/DGAP/GESS
	Sous total 7				20 005 000	20 605 000	21 223 000	61 833 000		
Produit 8- Les dispositifs de gestion des ressources financières et matérielles sont définis, disponibles, diffusés et appliqués à tous les niveaux du système de santé										

82	Payer la contribution du Burkina à L'OOAS	x	x	x	20 000	20 600	20 000	60 600	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
83	Payer la contribution du Burkina à L'IPPF	x	x	x	10 000	10 300	10 000	30 300	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
84	Evaluer et réactiver le COMPACT	x	x	x	15 000	15 450		30 450	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
85	Mettre en œuvre le RAMU	x	x	x	1 300 000	1 500 000	1 545 000	4 345 000	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
86	Organiser la gestion intégrée de la mobilisation, de l'allocation, de l'information et du redéploiement des ressources sanitaires	x	x	x	5 000	5 150	5 305	15 455	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
87	Renforcer les mécanismes de contrôle pour une gestion transparente, efficace et efficiente des ressources	x	x	x	547 929	564 367	581 298	1 693 595	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
88	Rendre financièrement accessibles les services de santé aux personnes âgées	x	x	x	1 002 451	1 032 525	1 063 500	3 098 476	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
89	Elaborer le budget programme du Ministère de la santé	x	x	x	15 000	15 450	15 914	46 364	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
90	Améliorer le recouvrement des	x	x	x	20 000	20 600	21 218	61 818	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

	recettes propres à tous les niveaux									
91	Elaborer le PNDS 2021-2030	X	X		55 000	56 650		111 650	DGESS	
92	Elaborer et mettre en œuvre la stratégie nationale de financement de la santé	x	x	x	689 614	710 302	731 611	2 131 528	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
93	Renforcer le partenariat national et international à travers le COMPACT	x	x	x	15 000	15 450	15 914	46 364	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/GESS
94	Mettre les collectivités territoriales à contribution pour une mobilisation des ressources à travers leurs ressources propres dans le cadre de la décentralisation	x	x	x	11 946	12 304	12 673	36 924	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/DGESS
95	Mettre en place des mécanismes alternatifs et innovants de financement de la santé	x	x	x	23 750	24 463	25 196	73 409	DGESS	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
96	Mettre en place un dispositif de suivi des ressources financières mobilisées par l'Etat	x	x	x	15 000	15 450	15 914	46 364	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/DGESS

	en faveur de la santé									
97	Assurer les frais de transport et de mission pour les évacuations sanitaires à l'extérieur	x	x	x	150 000	154 500	159 135	463 635	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/DGESS
98	Assurer les frais de transport et de mission	x	x	x	250 000	257 500	265 225	772 725	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
99	Assurer les frais d'eau et d'électricité du Ministère	x	x	x	1 000 000	1 030 000	1 060 900	3 090 900	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
100	Assurer les frais de téléphone	x	x	x	150 000	154 500	159 135	463 635	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
101	Effectuer des opérations de transit et de douane au profit du ministère de la santé	x	x	x	500 000	515 000	530 450	1 545 450	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
102	Assurer la visite médicale des travailleurs	x	x	x	100 000	103 000	106 090	309 090	OST	DGSP/DGOS/DGAP
103	Assurer les frais d'hospitalisation à l'extérieur	x	x	x	500 000	515 000	530 450	1 545 450	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
104	Mettre en œuvre le mécanisme d'achat stratégique	x	x	x	2 000 000	2 060 000	2 121 800	6 181 800	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

10 5	Harmoniser les procédures de gestion par niveau (passation de marché, frais de tenue de comptes caisse de mini dépense, dépenses éligibles etc.)	x	x	x	51 738	53 290	54 889	159 917	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
10 6	Promouvoir plus de transparence dans la gestion des fonds mobilisés	x	x	x	20 754	21 377	22 018	64 149	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
10 7	Accélérer le processus de mise en place de l'assurance maladie universelle	x	x	x	2 000 000	2 060 000	2 121 800	6 181 800	DAF	DGSP/DGOS/DGAP
10 8	Contribuer à la promotion des mécanismes de partage des risques en matière de santé	x	x	x	74 906	77 153	79 467	231 526	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
10 9	Assurer la prise en charge sanitaire des indigents	x	x	x	50 000	51 500	53 045	154 545	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
11 0	Assurer les frais de la visite technique, de l'assurance, et des taxes routières des véhicules etc. des véhicules	x	x	x	123 483	127 187	131 003	381 673	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF

11 1	Assurer le fonctionnement des directions Centrales (contrat d'entretien, gardiennage, carburant de fonctionnement, autres fournitures)	x	x	x	1 000 000	1 030 000	1 060 900	3 090 900	DAF	DGSP/DGOS/DGAP/PTF
	Sous total 8				11 716 571	12 229 068	12 519 850	36 465 492		
	TOTAL				48 796 481	50 120 427	51 466 610	150 383 520		

Tableau VII : cadre de performance

Résultats	Indicateurs	Données de base		Cible			Sources	Responsables
		Année	valeur	2020	2021	2022		
Impact : L'état de santé des populations est amélioré	Taux de morbidité	2015	10%	9%	8%	8%	EMDS	INSD
	Taux de mortalité maternel	2015	330 pour 100 000 naissances vivantes	277	265	265	EMDS	INSD
	Taux de mortalité infanto-juvénile	2015	81,6 pour mille	54 pour mille	53 pour mille	53 pour mille	EMDS	INSD
Effet : La gouvernance et le leadership sont renforcés pour un système de santé performant, résilient et pérenne	Proportion de femmes occupant un poste de responsabilité	2018	ND	30%	30%	30%	Annuaire statistique Ministère en charge de la femme	Ministère en charge de la femme
	% de formations sanitaires accréditées par niveau de soins	2018	ND	15%	25%	30%	Rapports DGOS	DGOS
	Proportion de services disposant de chefs de services nommés	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activités DGESS	DGESS
	% de FS répondant aux normes en infrastructures et équipements ;	2018	ND	75%	85%	100%	Annuaire MS	DGESS
	% de FS répondant aux normes en RHS	2018	ND	75%	85%	100%	Annuaire MS	DGESS
	% de formations sanitaires ayant mis en place un cadre fonctionnel de collecte et de traitement des	2018	ND	70%	90%	100%	Rapports d'activités DGOS	DGOS

Résultats	Indicateurs	Données de base		Cible			Sources	Responsables
		Année	valeur	2020	2021	2022		
	plaintes et des dénonciations des usagers							
	Pourcentage de satisfaction en besoin de personnel des directions centrales	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activités DGESS	DGESS
P1. La politique et les stratégies couvrent tous les domaines clés, sont cohérents, disponibles et accessibles	Proportion de programmes disposant de stratégies	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activités DGESS	DGESS
	Proportion des stratégies mises en œuvre	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activités DGESS	DGESS
P2. Les cadres juridiques, réglementaires et normatifs sont adaptés à la mise en œuvre de la politique et des stratégies	Proportion de politiques et de stratégies disposant d'un texte d'application.	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
	Proportion de documents publiés	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
	Proportion des structures disposant de textes d'organisation	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
P3. Le dispositif de mise à disposition et d'utilisation	% de documents statistiques disponibles à temps	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
	% de décisions factuelles	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité	DGESS

Résultats	Indicateurs	Données de base		Cible			Sources	Responsables
		Année	valeur	2020	2021	2022		
des données sanitaires permet la prise de décisions à tous les niveaux	prises						DGESS	
P4. Les décisions sont prises sur la base des données factuelles (résultats de recherche, études)	% de recherches/études réalisées dans le domaine de la gouvernance,	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
	% de décisions prises sur la base des données factuelles	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
P5. Le mécanisme de redevabilité est fonctionnel à tous les niveaux du système de santé	% de CASEM et CSD-Santé tenus	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
	% de CTRS tenus	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
	% de sessions de conseil d'administration des EPS tenues	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGOS	DGOS/CHR/CHU
	% de réunion ECD/ICP/COGES tenues	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGOS	DGOS
	% de réunions du Conseil de Santé du District (CSD) tenues	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGOS	DGOS
	% d'AG dans les	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité	DGOS

Résultats	Indicateurs	Données de base		Cible			Sources	Responsables
		Année	valeur	2020	2021	2022		
	CSPS/CM/CMA						DGOS	
P6. L'autorité, le rôle et la responsabilité de chaque acteur sont clairement définis, communiqués, compris et respectés	Pourcentage de responsables disposant d'une lettre de mission	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
	% de responsables disposant d'un acte de nomination	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
	Pourcentage d'agents disposant de fiches d'indication des attentes	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
	% de services disposant d'un document de description de postes et répartition des tâches	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DGESS	DGESS
P7. Les principes et bonnes pratiques de gestion des RH sont définis, communiqués et appliqués à tous les niveaux du système de santé	Existence de lois, statuts et règlements sur la carrière des agents	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DRH	DRH
	Existence de manuels de gestion des RH.	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DRH	DRH
P8. Les dispositifs de	Existence de manuels de gestion des ressources	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DAF	DAF

Résultats	Indicateurs	Données de base		Cible			Sources	Responsables
		Année	valeur	2020	2021	2022		
gestion des ressources financières et matérielles sont définis, disponibles, diffusés et appliqués à tous les niveaux du système de santé	financières à tous les niveaux,							
	Existence d'une comptabilité matière à tous les niveaux ;	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DAF/Programme	DAF/ responsable programme
	% de structures utilisant les manuels de procédure	2018	ND	100%	100%	100%	Rapports d'activité DAF/Programme	DAF/responsable programme