MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice

STRATEGIE OFFRE DE SOINS AU BURKINA FASO

2020-2022

Février 2020

TABLE DE MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 3
LISTE DES FIGURES 4
LISTE DES TABLEAUX 4
AVANT PROPOS 5
RESUME 6
DEFINITION DES CONCEPTS 7
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION 9
II. ANALYSE DE LA SITUATION 10
2.1. Données générales 10
2.2. Organisation du système de santé 12
2.3. Analyse de l'état de santé de la population 16
2.4. Analyse de la situation de l'offre de soins 20
2.5. Les problèmes et axes d'interventions prioritaires 45
III. FORMULATION DE LA STRATEGIE 47
3.1. Fondement 47
3.2. Vision 49
3.3. Principes directeurs 49
3.4. Objectif général ..... Erreur ! Signet non défini.
3.5. Résultats 52
IV. INDICATEURS DE LA STRATEGIE OFFRE DE SOINS 53
V. CADRE DE PERFORMANCE 55
VI. PLANNING OPERATIONNEL 59
VII. BUDGET PREVISIONNEL 65
VIII. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE 82
8.1. Instruments de mise en œuvre 82
8.2. Rôle et responsabilité des acteurs 83
8.3. Dispositif organisationnel de mise en œuvre 85
IX. DISPOSITIF DE SUIVI-EVALUATION 86
9.1. Mécanisme de suivi et d'évaluation 86
9.2. Analyse et la gestion des risques 87
X. MECANISME DE MOBILISATION DES RESSOURCES 88
CONCLUSION 89
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 90
ANNEXES 92

LISTE DES ABREVIATIONS

ASBC	:	Agent de santé à base communautaire
BOP	:	Budget opérationnel du programme
CHR	:	Centre hospitalier régional
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CHUR	:	Centre hospitalier universitaire régional
CM	:	Centre médical
CMA/HD	:	Centre médical avec antenne chirurgicale/Hôpital de district
CSPS	:	Centre de santé et de promotion sociale
DGOS	:	Direction générale de l'offre de soins
DMTA	:	Direction de la médecine traditionnelle et alternative
DQSS	:	Direction de la qualité des soins et de la sécurité des patients
INSD	:	Institut national de la statistique et de la démographie
ISF	:	Indice synthétique de fécondité
MEG	:	Médicaments essentiels génériques
OOAS		Organisation ouest africaine de la santé
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
PAP	:	Projet annuel de performance
PCA	:	Paquet complémentaire d'activités
PMT	:	Praticien de médecine traditionnelle
PNDES	:	Plan national de développement économique et social
PNDS	:	Plan national de développement sanitaire
PNS	:	Politique sanitaire nationale
POS	:	Programme offre de soins
RAP	:	Rapport annuel de performance
RBOP	:	Responsable du budget opérationnel du programme
RGPH	:	Recensement général de la population et de l'habitat
SAMU	:	Service d'aide médicale d'urgence
SNIS	:	Système national d'information sanitaire
SOS	:	Stratégie offre de soins
TPS	:	Tradipraticien de santé
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1:Système de santé selon l'OMS 21

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Chaine des résultats 52
Tableau II : Indicateurs par effets/produits 53
Tableau III : Indicateurs de performance 55
Tableau IV : Planning des actions par produits 59
Tableau V : Budget prévisionnel 65
Tableau VI : Rôle et responsabilité des acteurs 83

AVANT PROPOS

L'amélioration de l'état de santé de la population est une préoccupation permanente du gouvernement Burkinabè. La situation sanitaire au Burkina Faso est caractérisée par une mortalité et une morbidité élevées[1].

Cette situation est due à des causes diverses dont l'insuffisance de l'offre de soins tant dans les structures de santé que communautaires (enquête SARA 2018).

L'élaboration de la « stratégie offre de soins» (SOS) traduit une volonté manifeste du gouvernement de renforcer l'accès des populations à des services de santé de qualité.

La SOS donne des orientations pour la mise en œuvre effective du programme offre de soins dont l'objectif stratégique est d'améliorer l'accessibilité des populations aux services de santé de qualité, à travers des services de santé performants offrant des prestations de santé de qualité à la population à tous les niveaux du système de santé.

Par conséquent, j'invite tous les acteurs du système de santé à s'investir pour la réussite de la mise en œuvre de cette stratégie par une grande responsabilisation intégrant une transparence, une culture de résultats positifs et un dialogue renforcé.

Le Ministre de la Santé

Professeur Léonie Claudine LOUGUE/SORGHO
Officier de l'Ordre de l'Etalon

[1] Taux de mortalité générale à 11,8% (RGPH 2006), Taux de mortalité maternelle à 330 /100000 naissances vivantes (EMDS 2015), chez les enfants de moins de 5 ans à 82/1000 (EMDS 2015).
Prévalence de la malnutrition aigüe globale à 8,5% (ENN 2018)
Prévalence du paludisme à

RESUME

La stratégie offre de soins est l'instrument de mise en œuvre du programme offre de soins. L'objectif général de cette stratégie est d'améliorer l'accessibilité des populations aux services de santé de qualité, à travers des services de santé performants offrant des prestations de santé de qualité à la population à tous les niveaux du système de santé.

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

Elle comporte cinq (05) axes d'interventions que sont : i) l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines en santé, ii) le renforcement en infrastructures, équipements et maintenance, iii) le renforcement de la qualité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé, iv) le renforcement de la régulation du secteur privé de santé et v) le renforcement de la promotion de la médecine traditionnelle et alternative.

Les principes directeurs qui guident la mise en œuvre de la stratégie offre de soins sont : la bonne gouvernance, la résultologie, l'intersectorialité, la participation communautaire et l'équité en santé.

Le coût global de la stratégie est de …… (……..) francs CFA avec une programmation triennale glissante (2020-2022).

DEFINITION DES CONCEPTS

Dans le présent document les concepts ci-dessous sont définis en référence aux attributions de la DGOS.

Acteurs : ensemble des parties prenantes (bénéficiaires, professionnels de santé, ONG, OSC, PTF, etc.) chargées de la mise en œuvre de la stratégie.

Equipements disponibles : c'est l'ensemble des équipements en bon, passable et mauvais état de fonctionnement

Equipements essentiels de base : ce sont des équipements traceurs identifiés par niveau de soins sans lesquels l'offre de soins est quasiment impossible. Exemple : l'arrêt d'un appareil de stérilisation au bloc.

Offre de soins : ensemble des organisations et des ressources humaines, des moyens financiers et des infrastructures mobilisées qui permettent d'assurer le fonctionnement des formations sanitaires (CHU, CHR, HD, CM, CSPS, postes de santé) afin d'offrir des prestations de soins curatifs de qualité à la population.

Prestations de soins : C'est la fourniture de soins aux différents niveaux du système de santé y compris la communauté permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de service allant du diagnostic, au traitement, et au suivi, ainsi qu'à la réadaptation et aux soins palliatifs.

Qualité des soins : l'exécution correcte (conforme aux normes) d'interventions que l'on sait sures et qui sont abordables pour la société en question et qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et en fonction des besoins du client (OMS).

Soins de santé primaires : Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et une technologie pratique, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles de la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination »

Soins palliatifs : soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ces soins s'adressent aux malades en tant que personne et à sa famille.

Soins secondaires : soins spécialisés fournis dans les centres hospitaliers régionaux et universitaires.

Soins tertiaires : soins hyperspécialisés, réalisés dans les centres hospitaliers universitaires et les institutions spécialisées (centre de cancérologie, de neurochirurgie, etc.).

Taux de fonctionnalité : c'est le rapport entre le nombre d'équipements fonctionnels et le nombre d'équipements disponibles dans les formations sanitaires

Taux de respect de normes : c'est le rapport entre le nombre d'équipements disponibles et le nombre d'équipements attendus par la norme

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le système national de santé du Burkina Faso s'est construit depuis les années 1960 à travers plusieurs réformes visant à le rendre plus performant. La Politique sanitaire nationale (PNS), adoptée en 2000 et révisée en 2011, est mise en œuvre à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS).

En 2016, une nouvelle vision du développement a été déclinée par le gouvernement à travers l'adoption du Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020. Ce référentiel national accorde une place importante à l'amélioration de la santé des populations. L'axe 2 du PNDES intitulé : « développer le capital humain », comprend cinq objectifs stratégiques dont le premier est de « promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique ». Pour atteindre cet objectif le ministère de la santé a révisé le PNDS dans sa deuxième phase 2016-2020.

Depuis le 1er janvier 2017, le Burkina Faso s'est engagé résolument dans une démarche de gestion axée sur les résultats à travers l'approche du budget - programme suite à la transposition de la directive n°06/2009/CM/UEMOA, portant loi de finances au sein de l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA).

La démarche de mise en place du budget-programme nécessite la définition et l'élaboration de programmes budgétaires pour chaque ministère et institution. Chaque responsable de programme élabore une stratégie de programme budgétaire. Dans le secteur de la santé, le budget-programme dans sa mise en œuvre est bâti sur quatre (04) programmes 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» ;
- le programme « 146–Accès aux produits de santé ».

L'adoption de l'approche budget-programme a entrainé des réformes organisationnelles ayant abouti à l'adoption d'un nouvel organigramme avec la création de quatre directions générales. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS), issue de ces réformes, est chargée de l'élaboration d'une stratégie pour la mise en œuvre du Programme offre de soins (POS).

Cette stratégie, élaborée sur la base des différents documents référentiels, s'inscrit dans une vision d'atteindre la couverture sanitaire universelle en phase avec les recommandations des nations unies en vue d'atteindre les ODD d'ici 2030.

Son élaboration a suivi un processus participatif et inclusif comprenant les étapes clés suivantes i) l'analyse de la situation sanitaire nationale par les responsables du ministère de la santé, les autres départements ministériels, les partenaires au développement, les organisations non gouvernementales (ONG), les associations et les autres acteurs de la société civile ; ii) l'élaboration d'un draft par un comité technique ; iii) la finalisation et iv) la validation du document par une équipe pluridisciplinaire avec la participation des partenaires au développement.

II. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. Données générales

2.1.1. Données géographiques

Le Burkina Faso, pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, couvre une superficie de 272 960 km^2. Il partage les mêmes frontières avec les pays suivants : le Mali au Nord et à l'Ouest, le Niger à l'Est, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire au Sud.

Le climat est de type tropical avec une saison pluvieuse de cinq mois (mai - septembre) et une saison sèche de sept mois (octobre - avril).

La pression de l'homme sur les ressources naturelles accentue la dégradation de l'environnement et le changement climatique (pollution de l'air, élévation de la température, survenues de sècheresses, inondations) avec pour conséquences l'insécurité alimentaire et les maladies.

2.1.2. Données administratives

Le Burkina Faso a opté pour la communalisation intégrale en 2006. Ainsi le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes dont 49 urbaines et 302 rurales. Il compte par ailleurs 8902 villages administrativement reconnus.

La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion. Les circonscriptions administratives sont la

région, la province, le département et le village. Depuis 2006, la communalisation est intégrale avec un transfert progressif des ressources et des compétences aux collectivités.

2.1.3. Données démographiques

En 2006, selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants avec une densité d'environ 51,8 habitants au km^2, elle croît à un rythme de 3,1 % l'an. L'indice synthétique de fécondité (ISF) était de 6,2. Les femmes représentaient 51,7% de la population globale.

Plus de trois quart (¾) de la population (77,30%) vit en milieu rural de l'agriculture et de l'élevage.

En 2019, la population du Burkina Faso est estimée à 20 870 060 habitants. Les femmes en âge de reproduction constituent 23,56%. La population se caractérise par une forte fécondité : l'indice synthétique de fécondité (ISF) est à 5,4. Les jeunes de moins de 15 ans représentent 46,4% et les enfants de moins de cinq ans 17,38% de la population totale.

L'urbanisation galopante est marquée par le développement d'habitats spontanés (zones non loties) nécessitant la mise en place de conditions de base (eau et assainissement, santé, éducation, etc.).

2.1.4. Données économiques

Le Burkina Faso, avec un Produit intérieur brut (PIB) par habitant et par an estimé à 414 150 F CFA en 2018, fait partie des pays les moins avancés. Il connaît une croissance économique appréciable qui, quoique fluctuante, s'est renforcée ces dernières années avec un taux de croissance annuel moyen du Produit intérieur brut (PIB) réel de 5,5% entre 2011 et 2015.

L'analyse des indicateurs de pauvreté monétaire indique qu'en 2014, 40,1% de la population vivait en-dessous du seuil de pauvreté, estimé à 153 530 FCFA, contre 46,7% en 2009, pour un seuil de 108 454 FCFA. Entre 2009 et 2014, le recul de la pauvreté est resté faible en milieu rural, où neuf pauvres sur dix vivaient. Sur la même période, la pauvreté a augmenté dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Ouest, du Centre-Nord et du Nord. En 2014, 60,3% des pauvres étaient

localisés dans les régions de la Boucle du Mouhoun (14,7%), du Nord (14,3%), de l'Est (10,9%), du Centre-Ouest (10,6%) et du Centre-Nord (9,8%).

La pauvreté constitue un obstacle à l'accès aux services de santé. Les soins de santé ont été associés à des dépenses catastrophiques au Burkina Faso et à d'énormes coûts sociaux. C'est pourquoi, le gouvernement du Burkina Faso a décidé de la gratuité des soins chez les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes enceintes depuis le 2 avril 2016 et aussi du dépistage des lésions précancéreuses du col l'utérus.

Le niveau de l'indice de développement humain du Burkina Faso était à 0,420 en 2014, le classant dans la catégorie des pays à faible niveau de développement.

2.1.5. Données socioculturelles

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 pays des hommes intègres compte une soixantaine de groupes ethnolinguistiques.

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

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 charge 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.

2.2. Organisation du système de santé

2.2.1. Organisation administrative

L'organisation administrative du système de santé s'articule autour de trois niveaux :

- le niveau central représenté par le cabinet du Ministre, le secrétariat général, les directions générales, les directions transversales, les directions rattachées et les directions techniques. Ce sont les organes de décisions politiques et les instances d'appui technique et stratégique aux régions ;
- le niveau intermédiaire correspondant aux directions régionales de la santé, assure un appui technique aux districts sanitaires et coordonne les activités de santé dans la région ;
- le niveau périphérique est représenté par la direction provinciale de la santé et le district sanitaire qui sont les entités opérationnelles d'administration des services de santé.

2.2.2. Organisation de l'offre de soins

L'organisation de l'Offre de soins concerne les soins de base, les soins de référence et les soins d'urgence.

L'offre de soins de base est essentiellement assurée par le CSPS et le HD. En général, chaque CSPS offre le Paquet minimum d'activités (PMA) standard dès que les normes minimales en personnel et en équipement sont atteintes. Le PMA comprend des activités promotionnelles, préventives et curatives. Cependant les CSPS du milieu urbain offrent, en fonction des ressources disponibles, des prestations supplémentaires.

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

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

Le secteur sanitaire privé contribue à accroître l'offre de soins selon les différents niveaux de soins.

Les soins de référence sont organisés au niveau des HD/HD, des CHR et des CHU. Le circuit de référence du malade dans le système est de type pyramidal, allant de la base vers le sommet. Au bout de la chaîne, certains malades peuvent être référés à

l'extérieur du Burkina lorsque les soins nécessaires à leur prise en charge ne sont pas offerts par le système national.

Les soins d'urgence sont surtout organisés dans des unités spécialisées au niveau des hôpitaux nationaux. Dans les autres structures, ces soins sont dispensés par les services habituels ou les services de garde.
L'offre de soins de santé est caractérisée dans son ensemble par une insuffisance quantitative et qualitative des soins, le coût élevé des différentes catégories de prestations, la faible implication des populations bénéficiaires et l'insuffisance de collaboration avec le secteur privé de santé.

Pour les services à base communautaire, l'irrégularité du mécanisme de motivation à l'endroit des agents communautaires constitue la principale difficulté à leur promotion.
Les structures de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- **Premier niveau**

Il correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons :

- **Premier échelon**

Il est constitué par le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS), le centre médical (CM) et les maternités et dispensaires isolés. Par ailleurs on note également des établissements sanitaires privés de soins que sont les cabinets (médicaux, dentaires, de soins infirmiers), les cliniques d'accouchement, les CSPS privés. Selon l'annuaire statistique 2018, on dénombre 1896 CSPS, 63 CM publics et 409 établissements sanitaires privés de soins non hospitaliers.
Par ailleurs, il convient de noter la mise en place de la santé communautaire avec des agents de santé à base communautaire ayant un paquet d'activités bien défini.
Les CSPS, les CM et les établissements sanitaires privés de soins non hospitaliers assument la responsabilité du diagnostic et du traitement des affections courantes conformément aux orientations du Guide national de diagnostic et de traitement (GDT) des affections prioritaires pour le premier échelon, et dans le respect de la liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé établie pour ce niveau. Le CSPS doit assurer la disponibilité des médicaments essentiels génériques (MEG) pour couvrir les besoins de la population de l'aire de santé dont il

est responsable. Douze (12) affections sont retenues pour être prises en charge de façon prioritaire par le CSPS. Il s'agit des infections respiratoires aiguës, du paludisme, des maladies diarrhéiques, des parasitoses intestinales, des infections sexuellement transmissibles, de la malnutrition, des conjonctivites, des anémies, de la méningite cérébro-spinale, des maladies chroniques transmissibles, des dermatoses courantes, des traumatismes et des lésions courantes. A ces soins curatifs, s'ajoutent des soins préventifs et promotionnels.

Au niveau communautaire, nous avons les ASBC qui offrent des services promotionnels, préventifs et curatifs. La conception desdits services est faite en tenant compte des interventions à gain rapide (IGR) et de certaines pathologies d'intérêt en santé publique. Les ASBC accomplissent leurs tâches à travers les stratégies de la mobilisation sociale, la distribution à base communautaire des produits de santé, la Communication pour le changement social et comportemental (CCSC) ainsi que les visites à domicile.

- **Deuxième échelon**

Il est représenté par l'hôpital de district (HD, ex-HD). En 2018, on comptait 45 HD publics, 10 centres médicaux chirurgicaux privés, fonctionnels. Ils offrent le Paquet complémentaire d'activités (PCA) avec une liste d'activités prioritaires destinées à couvrir de manière équitable et efficiente les soins curatifs qui requièrent des techniques non disponibles au premier échelon. En tant que structure de référence du premier échelon, l'hôpital de district assure un paquet de services d'un niveau technique supérieur à celui du premier échelon. Il prend en charge les complications des affections prioritaires définies pour les formations sanitaires du premier échelon, les urgences chirurgicales (appendicites, occlusions intestinales, hernies étranglées, fractures simples), les affections médicales (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, épilepsie ; intoxications, …) et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets.

L'hôpital de district assure également les examens para cliniques (examens de laboratoire et d'imagerie médicale) correspondant à ces affections.

Toutefois, un processus de transformation des CSPS des chefs-lieux de communes rurales et certains CSPS urbains en CM est en cours.

- **Deuxième niveau**

Il est représenté par les Centres hospitaliers régionaux (CHR) au nombre de huit (08). Un projet de relèvement du plateau technique des structures de santé en cours transformera les CHR en Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) à l'instar de celui de Ouahigouya. Ce deuxième niveau sert de référence aux HD. Au niveau du privé, le pays comptait soixante-sept (67) clinques et huit (08) polycliniques et deux hôpitaux en 2018.

- **Troisième niveau**

C'est le niveau le plus élevé des soins spécialisés. Il est constitué par les Centres hospitaliers universitaires qui sont les centres de référence des CHR et du CHUR. Le Burkina compte actuellement 05 CHU (Yalgado OUEDRAOGO, Pédiatrique Charles de GAULLE, Souro SANOU, Tengandogo et Bogodogo).

En plus de ces 03 niveaux de soins, des centres spécialisés en cours de création (cancérologie, neurochirurgie, médecine physique et de réadaptation, centre de médecine traditionnelle et de soins intégrés) pourront constituer un quatrième niveau.

A côté de ces trois niveaux, il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées et l'office de santé des travailleurs. Au niveau de l'armée, toutes les garnisons disposent d'une infirmerie qui offre des soins à la population. Chaque région dispose d'un service de santé des travailleurs qui offre des soins promotionnels, préventifs et curatifs.

La médecine et la pharmacopée traditionnelles et alternatives reconnues depuis 1994 par loi n°23/94/ADP du 19/05/1994 dans le code de santé publique occupent une importante place dans l'offre de soins et de produits de santé. On dénombre environ 30 000 acteurs exerçant de façon autonome sur l'ensemble du territoire.

2.3. 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 100000 naissances vivantes en 2015 (EMC

INSD 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) 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.

2.3.1. Santé de la femme

Malgré les efforts consentis, la situation de la santé de la femme reste marquée par une morbidité et une mortalité maternelles élevées. De 2010 à 2015, le ratio de mortalité maternelle est passé de 341 à 330 pour 100 000 naissances vivantes (EDS IV-EMDS). Le paludisme, l'anémie, le VIH/Sida et les hémoglobinopathies sont responsables de 20% des décès maternels tandis que les causes obstétricales directes sont responsables d'environ 80% de ces décès. Les hémorragies, les infections et les dystocies représentent à elles seules plus des deux tiers de ces causes obstétricales. En outre, il existe de nombreux facteurs qui influencent l'état de santé des femmes notamment les mutilations génitales féminines, le mariage précoce, le lévirat et leurs corolaires, les avortements provoqués clandestins, la faible accessibilité aux services socio-sanitaires, la faible qualité des services et les pesanteurs socioculturelles. Ces dernières années les femmes sont exposées aux pathologies chroniques non-transmissibles telles que les cancers du sein et de l'utérus.

2.3.2. Santé de l'enfant

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

L'analyse des tendances récentes montre que le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 129‰ naissances vivantes en 2003 à 81.6‰ naissances vivantes en 2015(EMDS), soit une baisse de 3.95% par an. Cette situation est en grande partie due aux progrès enregistrés en matière de lutte contre la mortalité au bénéfice de la tranche juvénile (de 1 à 4 ans) qui a enregistré une baisse de près de 6% par an au cours de la même période.

En revanche, la mortalité néonatale qui représente 54% des risques de décès au cours de la première année de vie enregistre les performances les plus faibles, avec une baisse annuelle de moins de 1%.

La morbidité et la mortalité dues au paludisme restent élevées ; plus d'un enfant souffrant de diarrhée sur cinq (21.3%) ne reçoit aucun traitement. La malnutrition aiguë globale affecte 8.5% des enfants âgés de moins de cinq ans dont 1.7% pour

sa forme sévère. Les différentes formes de malnutrition sont associées à 45% des décès de moins de 5 ans.

Dans le cadre de la lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le pourcentage d'enfants nés de mères infectées par le VIH ayant reçu les ARV complets pour la prévention est passée de 61,8% en 2013 à 93 ,4% en 2018 pour une cible de 100%.

Le gouvernement burkinabè a accordé une importance majeure à la santé de la mère et de l'enfant à travers la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins pour les femmes et les enfants de 0-5 ans en 2016.

2.3.3. Santé des adolescents et des jeunes

La situation de la santé des adolescents et des jeunes est influencée par des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestins, des rapports sexuels précoces et non protégés, le multi partenariat, l'exposition à l'infection au VIH/IST. Le phénomène est aggravé par la faible utilisation des méthodes contraceptives et des services de santé par les jeunes. La consommation d'alcool, de drogue et de tabac, substances hautement nuisibles pour la santé, n'épargne pas la frange jeune de la population.

L'insuffisance d'offre de services de santé de la reproduction adaptés aux adolescents contribue largement à la situation précaire de l'état de santé des 15-24 ans. Pour pallier à cette insuffisance, le Burkina Faso a élargi la politique de gratuité aux services de planification familiale depuis juin 2019.

2.3.4. Santé des adultes

C'est la tranche d'âge la plus active. Les habitudes et modes de vie exposent ces adultes aux maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle (HTA), le diabète et le cancer. A cet effet une enquête STEP permet d'estimer la prévalence des risques de ces maladies non transmissibles en vue d'orienter les stratégies et les programmes.

2.3.5. Santé des personnes âgées

La situation de la santé des personnes âgées est influencée par les affections liées au vieillissement ainsi qu'aux maladies non transmissibles. Par ailleurs le système

de santé est limité en matière d'offre de soins des personnes âgées, notamment une insuffisance de gériatres, de dispositifs de suivi et de soins à domicile.

Pour contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de ce groupe vulnérable, le Burkina Faso a élaboré le programme national de santé des personnes âgées 2016-2020. Outre la construction en cours de centres de gériatrie à Ouagadougou et à Bobo Dioulasso, le Plan stratégique de santé des personnes âgées 2016-2020 a prévu entre autres actions :

- le renforcement du cadre législatif de prise en charge de la santé des personnes âgées ;
- la formation de spécialistes médicaux et du personnel soignant dans le domaine de la santé des personnes âgées ;
- le dépistage et la prévention des maladies des personnes âgées ;
- la création d'unités de gérontologie et de gériatrie dans tous les CHR et les CHU pour la prise en charge de la santé des personnes âgées.

2.4. Analyse de la situation de l'offre de soins

L'analyse de l'offre de soins se base sur le cadre conceptuel du système de santé de l'OMS qui comporte six (6) fonctions à savoir la gouvernance, les ressources humaines, l'information sanitaire y compris les résultats de la recherche en santé, le financement de la santé, les produits de santé et les prestations des services de santé. L'objectif final de l'analyse du système de santé à travers ces fonctions est de mettre en exergue les goulots d'étranglements.

La figure ci-dessous résume les six fonctions sus-citées.

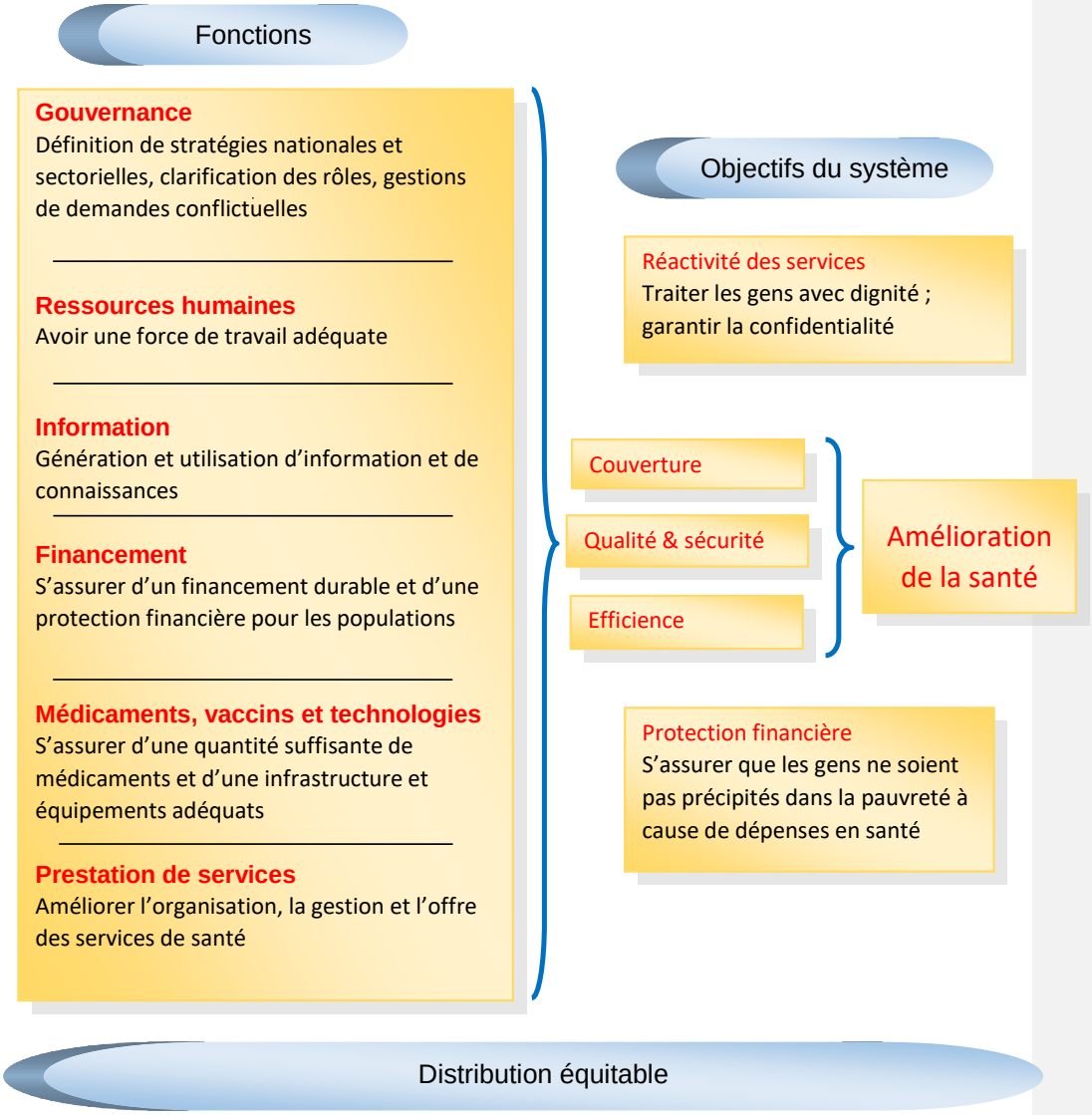

Figure 1: Système de santé selon l'OMS

Pour ce qui concerne la stratégie d'offre de soins, l'analyse a porté sur la gouvernance, les prestations des services de santé, les médecines traditionnelle et alternative, les ressources humaines, les infrastructures, les équipements et la maintenance et l'information sanitaire.

2.4.1. Gouvernance

La gouvernance du ministère de la santé se traduit par la définition de politiques, de stratégies et de normes, l'adoption de lois, de conventions relatives à la santé et l'organisation du système de santé. La mobilisation des ressources en faveur de la santé grâce au développement du partenariat et la mise en œuvre des mécanismes pour une bonne gestion est également indispensable. Sur le plan organisationnel et fonctionnel, l'acquis majeur est le renforcement de la décentralisation du système entreprise depuis 1993 avec la mise en place du système de santé de district et le développement de la santé communautaire.

L'implication effective de tous les acteurs dans le développement du système d'offre de soins, l'instauration des soins d'urgence, la subvention totale des prestations en faveur de la mère et de l'enfant, ont amélioré l'efficacité et l'utilisation des services de santé.

En outre, plusieurs réformes ont été opérées telles que la réforme hospitalière y compris l'instauration de la prise en charge des urgences sans prépaiement, la réforme pharmaceutique, la mise en œuvre de la politique de contractualisation et la promotion du financement basé sur les résultats. La mise en œuvre du transfert des ressources financières en accompagnement des compétences transférées dans le domaine de la santé aux collectivités territoriales qui devrait contribuer à renforcer le mode de gestion du système de santé rencontre des difficultés. En effet, ces difficultés sont entre autres que le transfert ne couvre pas toutes les formations sanitaires en termes de fonctionnement et de normalisation, ensuite que des difficultés s'observent dans la gestion des ressources transférées au niveau des collectivités territoriales.

Le secteur privé de santé qui se développe sans schéma directeur, n'est pas suffisamment intégré au système de santé. Pour une meilleure implication de ce secteur dans l'offre de soins, des textes réglementant l'exercice privé des professions de santé ont été adoptés. Cependant, des insuffisances subsistent dans l'application de ces textes juridiques et dans le respect des normes relatives aux prestations de soins.

Le ministère de la santé a intensifié son appui au sous-secteur de la médecine traditionnelle et alternative au cours de ces dix dernières années. Les acquis sont l'adoption de la politique nationale et de textes règlementant l'exercice de la

profession, la mise en place d'un cadre de collaboration, l'encadrement des tradipraticiens de santé et la mise sur le marché des médicaments traditionnels homologués.

Afin de coordonner les interventions de santé, des cadres de concertation et de collaboration intersectorielle ont été mis en place (les staffs cliniques, les comités thérapeutiques, les conseils de santé de district, les comités techniques régionaux de santé, les comités de gestion des épidémies, les cadres de concertation sur des thématiques spécifiques, le cadre sectoriel de dialogue, etc.).

Par ailleurs, un partenariat a été développé avec les associations/ONG par la signature de conventions. Par contre ces conventions sont rédigées selon un canevas général. Ce qui ne permet pas la prise en compte des spécificités des zones d'intervention.

Malgré l'existence de ces différents cadres, des difficultés demeurent dans le fonctionnement optimal des structures de soins. A cela s'ajoutent une faible capacité gestionnaire des équipes cadres de districts et des directions régionales, une absence de coordination du système de soins au niveau des communes et une inadéquation du dispositif de gestion des aspects sanitaires des catastrophes.

En outre, la pharmacie hospitalière n'est pas mise en place en ce qui concerne sa composante dispensation nominative individuelle au lit du malade dans la quasi-totalité des hôpitaux. La régulation du secteur de la santé a été améliorée grâce au renforcement des structures de contrôle à tous les niveaux du système de santé, à la collaboration avec les ordres professionnels et au renforcement du cadre juridique. Le phénomène de la corruption touche le secteur de la santé y compris l'offre de soins à travers notamment les marchés publics, les influences dans les affectations du personnel, les influences politiques et des leaders d'opinion dans le choix des sites d'implantation des infrastructures, etc. Cependant, les mécanismes de lutte contre la corruption ne sont pas suffisamment opérationnels.

Concernant les ressources humaines, il n'existe pas de mécanisme d'évaluation régulière des connaissances, attitudes et compétences pour produire les soins et les services de qualité. Les prestataires de soins au Burkina Faso sont qualifiés à vie et la normalisation des prestations est insuffisante.

La dynamique de la certification des formations sanitaires, structures et établissements de santé garante de la qualité que les usagers des services de santé sont en droit d'attendre est en début de mise en œuvre. La démocratie en santé pour une veille citoyenne exigeante de qualité de soins n'émerge toujours pas alors que selon l'OMS, un système de santé qui fonctionne bien doit permettre aux usagers de prendre part aux décisions qui touchent à leur santé et au système de santé.

Ce défi requiert le développement des stratégies appropriées pour favoriser une gouvernance démocratique alliant à la fois l'exigence d'une imputabilité plus forte et d'un fonctionnement efficace des services de santé centré sur la personne.

2.4.2. Prestations des services et des soins

- **Les soins primaires**

Le Burkina a adhéré aux initiatives internationales des soins de santé primaires notamment l'initiative de Bamako, qui constituent la base de son système de soins. En effet, conçus pour prendre en charge au moins 90% des problèmes de santé de la population, les soins de santé primaires intégrés, globaux et continus prennent en compte aussi bien le volet promotionnel, préventif et curatif.

Au niveau communautaire, les ASBC[2] et les OBC offrent des services promotionnels, préventifs, curatifs, et de soutien. Ils accomplissent leurs tâches à travers les stratégies de la mobilisation sociale, la distribution à base communautaire des produits de santé, la communication pour le changement social et comportemental (CCSC).

Les problèmes rencontrés sont entre autres l'absence de textes juridiques encadrant le travail des ASBC, l'insuffisance et l'inadaptation du matériel de travail pour la mise en œuvre du paquet d'intervention communautaire, leur faible niveau d'instruction, l'insuffisance dans le suivi et la supervision par le personnel de santé et la faible implication des élus locaux dans les questions de santé communautaire. Malgré l'instauration d'une motivation pour les ASBC depuis 2016, ceux-ci la jugent insuffisante et irrégulièrement payée.

Pour ce qui concerne les autres prestations de soins primaires, ils sont essentiellement fournis dans les centres de santé de premier niveau notamment

[2] Ministère de la santé, Profil de l'agent de santé communautaire, juin 2014

dans les CSPS, les CM, les HD et les structures privées de même niveau. Le volet réadaptatif n'est pas pris en compte dans les prestations de soins primaires.
Le rayon moyen d'action qui est de 6 km y compris le privé, reste toujours en deçà de la norme nationale qui doit être inférieure ou égale à 5 km.
En outre, la qualité et la sécurité des prestations ne sont pas garanties. En effet, le personnel de soins reste insuffisant et inégalement réparti ; les infrastructures et les équipements sont insuffisants et le plus souvent inadéquats pour des prestations de qualité. On note également l'insuffisance de l'hygiène, l'insuffisance dans la stérilisation et la gestion des déchets biomédicaux qui constituent une problématique à la prévention des infections associées aux soins. La faible disponibilité des protocoles et l'insuffisance d'application de ces protocoles exposent aussi bien le patient que le personnel. La dernière révision du Guide de diagnostic et de traitement (GDT), principal outil de diagnostic et de traitement date de 2006.

Certaines formations sanitaires essentiellement urbaines ne respectent pas la liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé dans la prescription. Dans les HD, les malades sont reçus et pris en charge dans la quasi-totalité des cas par le personnel soignant et des stagiaires sans support d'aide au diagnostic (insuffisance de protocoles et de procédures opérationnelles). Le non-respect du gradient de compétence est dû d'une part à une insuffisance de médecins et d'autre part à leur faible disponibilité. Par ailleurs, la pyramide sanitaire n'est pas respectée par les malades entrainant un encombrement des HD.

En outre, bien que théoriquement organisé en PMA et en PCA au premier niveau, on note un faible respect de la filière de soins avec les soins de base qui sont souvent délaissés au profit de soins secondaires. Enfin des prestations spécialisées en dehors du PCA sont souvent réalisées dans les formations sanitaires de premier niveau dans les grandes villes.

Les soins secondaires

Les soins secondaires sont constitués par les soins spécialisés. Ils sont fournis dans les centres hospitaliers régionaux et universitaires. Force est de reconnaitre qu'au Burkina Faso, les soins spécialisés ont connu un grand essor ces dernières années, le nombre de spécialistes est en forte croissance et on dénombre environ 46 spécialités médicales dans les hôpitaux dont 14 non formellement répertoriées dans

la nomenclature des emplois du ministère de la santé. Ces soins spécialisés principalement axés sur les soins curatifs, palliatifs et réadaptatifs permettent la prise en charge des cas référés pour les besoins de spécialités. La principale difficulté des prestations des soins secondaires est l'absence de stratégie de déploiement des soins spécialisés.

De même, on remarque d'une part, une inadéquation entre les compétences existantes et les plateaux techniques permettant leur déploiement. D'autre part, les besoins en spécialistes ou de soins spécialisés n'émanent pas souvent d'un besoin planifié des hôpitaux mais d'une affectation. Cette situation rend inefficiente l'utilisation des compétences. Enfin, la communication et la mutualisation entre les différents spécialistes restent insuffisantes et peu centrées sur le patient. Ainsi, l'insuffisance d'organisation et de coordination des soins spécialisés entraine très souvent une désorientation du patient qui va de spécialiste en spécialiste où il en sort parfois perdant.

Malgré l'apport inestimable des sociétés savantes dans la diffusion des bonnes pratiques des soins spécialisés, il faut reconnaitre une insuffisance d'harmonisation des pratiques à tous les niveaux. Les protocoles sont quasi inexistants et les comités thérapeutiques ne sont pas fonctionnels. Cette situation entraine, outre la faible assurance qualité des soins, une utilisation irrationnelle des médicaments et l'insuffisance de planification des approvisionnements.

Pour ce qui concerne l'offre de soins chirurgicaux, une vaste gamme de prestations est disponible avec un développement préférentiel pour les soins obstétricaux. Pour des besoins de santé publique, un paquet de soins chirurgicaux essentiels est réalisé au premier niveau de soins. Des textes et documents d'encadrement sont disponibles notamment un guide de la sécurité des patients dans les services de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et d'obstétrique. En 2018, le Ministère de la santé a pris une circulaire obligeant l'utilisation de la checklist de la sécurité des patients au bloc opératoire.

Toutefois, plusieurs difficultés entravent l'accessibilité à des soins chirurgicaux sécurisés. Il s'agit principalement de l'insuffisance en personnel, l'insuffisance et l'inadéquation des infrastructures, la faible disponibilité des équipements et consommables, l'insuffisance de la stérilisation, les ruptures fréquentes en fluides

médicaux et en électricité. Cette situation a pour corollaire les interruptions fréquentes des prestations chirurgicales dans les formations sanitaires.

- **Les soins tertiaires**

Au Burkina Faso, les soins spécialisés sont offerts par les centres hospitaliers universitaires. Les soins de haut niveau seront offerts par les instituts spécialisés tels que les centres de soins spécialisés en neurochirurgie et en cancérologie implantés dans la région du Centre, et les centres de gériatrie implantés dans les régions du Centre et des Hauts-Bassins.

Le développement et le déploiement des soins tertiaires nécessitent l'établissement d'un schéma directeur et une coordination suffisante du mécanisme de recours ainsi que l'articulation avec les services de soins secondaires. L'offre de soins sur la prise en charge des addictions (stupéfiants, alcool, jeux, etc.) est très peu développée.

- **Les urgences médicales**

La prise en charge des urgences médicales fait partie intégrante du système de soins. Le volet prise en charge pré hospitalière qui est l'ensemble des prestations commençant depuis le lieu d'émergence de l'urgence médicale jusqu'à l'arrivée en milieu de soins est peu développé. Le besoin d'un système d'aide médicale urgente est plus que nécessaire pour le pays.

Au premier échelon, la prise en charge des urgences médicales consiste à évaluer et à administrer les premiers soins. Cependant, on note beaucoup de difficultés :

- l'insuffisance de matériels médico-techniques ;
- les ruptures fréquentes de médicaments et des consommables ;
- l'insuffisance en personnel qualifié ;
- l'absence de manuel de procédures et de paquet d'activités en matière de soins d'urgence ;
- l'absence de mécanisme formel de PEC des urgences sans prépaiement.

Au niveau des formations sanitaires de référence (CHU, CHR, HD, hôpital privé, polyclinique, clinique), la prise en charge des urgences médicales est effective. Depuis 1996, cette prise en charge des urgences dans les hôpitaux publics devrait être en principe sans prépaiement. Seulement, des difficultés de mise en œuvre subsistent dans tous les services d'urgence.

Dans les CHR, il existe des normes en matière d'organisation des services d'urgence ainsi qu'un manuel de procédures de prise en charge des urgences, mais ces normes ne sont pas respectées et les unités d'urgence définies pour les CHR ne sont plus adaptées. En effet, l'organisation spatiale des services d'urgence (urgences médicales, chirurgicales, obstétriques, pédiatriques) dans certains CHR n'est pas satisfaisante.

Dans les CHU et les hôpitaux de district, il n'existe pas de normes en matière d'organisation des services d'urgence ni de manuel de procédures de prise en charge des soins d'urgence.

Il faut noter également le manque de collaboration entre les chefs de services des urgences et ceux des services d'hospitalisation dans les hôpitaux, ce qui allonge le séjour des patients aux urgences.

S'agissant de la permanence des services d'urgence, elle est assurée 24h/24 dans tous les hôpitaux. Toutefois, dans la plupart des hôpitaux, la garde couchée des médecins n'est pas assurée. Cette situation allonge les délais de prise en charge des urgences et engage souvent le pronostic vital des malades. Cependant, avec la FPH en cours, cette situation pourrait évoluer positivement. Pour cela, des dispositifs particuliers ont été mis en place à savoir le Dispositif d'intervention médicale d'urgence (DIMU) et le Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires (CORUS).

En sus, l'insuffisance de fonctionnement du système de référence et de contre référence fait que les malades qui devraient être pris en charge à un échelon inférieur se retrouvent à l'échelon de référence. En effet, le mode d'admission le plus fréquent dans les services d'urgence et de consultation externe est l'auto-orientation. Cette situation entraine entre autres, l'engorgement des services d'urgence avec des patients pouvant y séjourner entre 3 et 4 jours, occasionnant un manque de lits et prolongeant le délai d'attente pour obtenir un avis spécialisé.

D'une façon générale, le paquet de prestations de soins d'urgence offert est insuffisant à tous les niveaux du système de santé.

Sur le plan de la prise en charge proprement dite, il existe des protocoles de prise en charge des urgences (médicales, chirurgicales, psychiatriques, pédiatriques, gynéco-

obstétriques) mais qui ne couvrent pas tous les types d'urgence et tous les niveaux de soins. Par ailleurs, les protocoles existants ne sont pas actualisés, sont insuffisamment diffusés et ne sont pas suffisamment appropriés dans la prise en charge des urgences.

A la fin de l'année 2016, le Burkina Faso disposait d'environ cinq cents (500) ambulances à quatre roues dans les structures sanitaires publiques. Toutefois, ces moyens de transport sont peu nombreux, vétustes, insuffisamment équipés et non médicalisés. Il est à noter l'acquisition en cours de 300 ambulances dont 8 médicalisées qui serviront à opérationnaliser le SAMU.

Commentaire [H1]: Actualiser les données

Les moyens de transport des malades sont déterminants des délais de prise en charge des urgences. Le transport des cas urgents de la communauté vers les formations sanitaires de premier niveau s'effectue le plus souvent par les moyens communautaires (charrette, tricycle, moto, vélo, etc.). Quant aux évacuations sanitaires des formations sanitaires de premier niveau vers les hôpitaux, elles se font par des ambulances à quatre roues. Il n'existe pas de textes réglementaires sur le transport sanitaire.

Les évacuations sanitaires hors du pays sont des réponses aux difficultés ou à l'impossibilité de prendre en charge certaines pathologies au Burkina Faso. Ces évacuations sont régies par des textes et concernent en grande partie les cas de cancers, de pathologies cardiovasculaires, de traumatismes et de maladies oculaires. En moyenne cent (100) personnes sont évacuées chaque année pour un coût d'environ un milliard de francs CFA. Environ 60% de ce montant est consacré aux évacuations des cas de cancers et 20% pour les traumatismes. Malgré ces efforts, le montant alloué reste insuffisant.

- **Les prestations paracliniques**

Les prestations paracliniques sont déployées concomitamment à l'offre clinique.

L'imagerie médicale est surtout disponible au niveau des CHR, des CHU et de certaines formations sanitaires privées. Toutefois, seize (16) HD sur quarante-cinq (45) disposaient d'une unité de radiographie en 2018 (annuaire statistique MS 2018).Les examens d'imagerie médicale et d'exploration fonctionnelle réalisables sont : la radiographie (radiographie standard, UIV, HSG) l'échographie, la scannographie, IRM, scintigraphie. Cependant, on note une insuffisance des

données sur l'imagerie et les explorations fonctionnelles, une immobilisation fréquente des équipements, une inadaptation des locaux, une vétusté du matériel et une insuffisance de la radio protection. On note aussi que le cout élevé de certaines prestations les rend inaccessibles.

Pour les examens biologiques, tous les HD, les CHR, les CHU et certains CM disposent d'un laboratoire de biologie médicale. Il existe depuis 2014, un système de suivi de la disponibilité des examens traceurs par niveau de soins (13 au niveau des CM/HD et 23 au niveau des CHR/CHRU) en vue d'apprécier la fonctionnalité des laboratoires.

On note la disponibilité en réactifs homologués garantissant la qualité des examens de biologie médicale. Aussi grâce au protocole d'accord entre le ministère de la santé et un prestataire privé, 112 automates d'hématologie ont été mis à la disposition des LBM des CM, des Hôpitaux de district (HD), des CHUN et des CHUR afin de rendre disponible les examens de la Numération formule sanguine (NFS). Cependant, des ruptures de réactifs sont enregistrées pour les autres examens.

Ainsi, le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture en examens traceurs était de 96,13% pour les HD et 87,61% pour les CHRU en 2018 pour un objectif visé de 100 % (annuaire statistique 2018).

Les principales raisons de la non réalisation de certains examens se résument en termes de manque ou de panne d'équipements, de rupture de réactifs et de consommables, de la faible prescription de certains examens et d'insuffisance de formation continue du personnel.

Certains examens spécialisés ne sont pas encore disponibles. On note également une absence de mutualisation entre les laboratoires publics d'une part et une absence de partenariat entre le privé et le public d'autre part.

Du point de vue de la qualité des prestations offertes par les laboratoires de biologie médicale (LBM), l'implémentation du système qualité national a été faite à travers l'évaluation externe de la qualité formalisée par l'arrêté n°2007-203/MS/CAB du 28 mai 2007 portant contrôle national de qualité des analyses de biologie médicale au Burkina Faso. Toutefois, la direction des laboratoires de biologie médicale n'arrive pas à contrôler tous les laboratoires de biologie médicale du pays pour insuffisance de ressources.

Des pathologies telles que la rougeole, la paralysie flasque aigue et la fièvre jaune ne peuvent pas être confirmées au niveau national. En outre, certains laboratoires nationaux de référence (LNR) manquent d'infrastructures adaptées et de personnel dédiés pour la réalisation de leur mission, de même que le manque de plateforme commune regroupant les différents LNR.

La problématique de la gestion des déchets biomédicaux reste toujours une préoccupation en dépit de l'existence des textes règlementaires.

- **Qualité et sécurité des soins**

Le ministère de la santé dispose depuis 2018 d'une stratégie nationale de la qualité des soins intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients et de plusieurs documents techniques. Les ONG et associations jouent un rôle important dans la veille communautaire et le suivi de la qualité des soins.

Toutefois, il convient de relever l'absence d'accréditation des structures de formation des professionnels de santé . Il ressort d'une évaluation réalisée en 2018 des insuffisances liées au management de la qualité. On peut citer entre autres :

- une insuffisance de l'orientation qualité dans le management des structures administratives et des établissements de santé;
- une insuffisance dans la normalisation des prestations;
- une quasi inexistence de la métrologie;
- une faible diffusion des outils qualités;
- une insuffisance de compétences du personnel en matière de management de la qualité.

Pour ce qui concerne les soins intégrés centrés sur les personnes, les acquis sont l'existence de :

- une stratégie nationale en la matière ;
- une stratégie nationale de promotion de la santé ;
- stratégies de prise en charge des indigents ;
- une charte des utilisateurs des services de santé.

Cependant quelques insuffisances existent :

- une insuffisance dans la communication pour le changement social et comportemental en faveur des communautés ;

- une insuffisance dans la prise en compte de l'autonomisation des personnes et des familles dans les protocoles de soins et dans l'organisation de l'offre de soins dans les FS;
- une faible culture dans le recueil de la satisfaction des clients des structures d'offre de soins;
- une non formalisation de l'utilisation des patients experts pour accompagner l'offre de soins;
- une insuffisance dans la mise en œuvre de l'évaluation des soins personnalisés et des plans de traitement.

Pour le volet sécurité des patients, un guide sur la sécurité des patients a été élaboré et validé. Cependant, on note :

- une insuffisance du système de management de la sécurité des soins;
- une inexistence de mécanisme de gestion des risques ;
- une absence d'évaluation des pratiques professionnelles;
- une faible fonctionnalité du système de veille sur les erreurs médicales et les évènements indésirables;
- une faible culture de sécurité des usagers et des professionnels de la santé.

2.4.3. La médecine traditionnelle et alternative

Depuis 1994 la médecine traditionnelle fait partie intégrante du système national de santé du Burkina consacré par le code de santé publique. A ce titre, elle participe à l'offre de soins aux côtés du système conventionnel. Du point de vue organisationnel, le système traditionnel de soins n'est ni échelonné ni codifié.

Toutefois, dans le but de valoriser et promouvoir la médecine traditionnelle et alternative et de l'intégrer dans le système national de santé, le Gouvernement a procédé à la réglementation des domaines de l'exercice, des médicaments, des établissements et des échanges de malades.

En effet, selon les textes, nul ne peut exercer la médecine traditionnelle au Burkina Faso, s'il ne dispose d'une autorisation d'exercice. Le tradipraticien de santé autorisé doit exercer lui-même sa profession. On distingue six (06) catégories de TPS que sont : le naturothérapeute, l'accoucheuse traditionnelle, le ritualiste, le chirkinésithérapeute, l'herboriste et le médico-droguiste.

Le tradipraticien de santé peut faire homologuer ses médicaments ; il doit exercer dans l'un des établissements suivants : le cabinet de consultations et de soins traditionnels, l'herboristerie et la médicodroguisterie.

Aussi, un arrêté ministériel a instauré un système de recours et de référence entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle et un guide national appelé « Guide national du système de référence et de recours entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle au Burkina Faso » a été élaboré.

Comme autres acquis, on peut citer également la construction du Centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés de Ouagadougou, la production locale de phytomédicaments par les TPS, les centres de recherche comme l'Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) intervenant dans la promotion de la médecine traditionnelle pour la prise en charge de diverses pathologies. On note enfin la disponibilité sur le marché de quelques phytomedicaments homologués. L'essentiel de ces phytomédicaments homologués intervient dans la prise en charge de certaines maladies prioritaires telles que l'hépatite B, le paludisme, la drépanocytose et le VIH.

En dépit de ces efforts, quelques faiblesses demeurent. Il s'agit essentiellement de :

- la non fonctionnalité des structures d'interface de Tenkodogo et de Ouahigouya ;
- l'absence d'opérationnalisation du système de référence et de recours entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle ;
- la non maitrise exhaustive des types de médecines alternatives et le paquet de soins offert aux populations ;
- l'absence de réglementation du secteur des médecines alternatives,

Le système d'accréditation des tradipraticiens est inexistant.

2.4.4. Les ressources humaines pour la santé

Les ressources humaines pour la santé sont un déterminant clé de la fourniture et de la performance de l'offre de soins tant en terme quantitatif que qualitatif. Le secteur privé participe au côté du secteur public à la fourniture de l'offre de soins et à la production des ressources humaines pour la santé. Les structures de soins notamment les CHR et les CHU sont animés par des acteurs à statuts différents (fonctionnaires et contractuels).

On note une amélioration des ratios professionnels de santé/habitants ces dernières années :

- 1médecin pour 15 518 habitants en 2015 à 12 000 habitants en 2018,
- 1IDE pour 4 243 habitants en 2015 à 3281 habitants en 2018,
- 1SFE-ME pour 7 543 habitants en 2015 à 5 510 habitants en 2018.

L'effectif du personnel du ministère de la santé dans le secteur public était estimé à 30 929 en 2018[3].

Dans le secteur privé, les établissements de soins emploient près de 1 800 prestataires dont 8% de médecins, 37% d'infirmiers, 12% de sages-femmes/maïeuticiens et d'accoucheuses[4].

La mise en œuvre du Plan de développement des ressources humaines en santé (PDRHS) 2013-2020 a permis d'engranger des avancées :

- la disponibilité du personnel spécialiste,
- la répartition géographique du personnel,
- la motivation du personnel.

Néanmoins, le PDRHS doit être révisé pour s'adapter aux évolutions dans le contenu des emplois.

Le ministère de la santé, dans sa quête permanente d'une offre de soins de qualité aux populations, a renforcé les effectifs lors des recrutements de certaines catégories de personnel notamment les médecins, les SF/ME et les infirmiers.

Ainsi, ces initiatives ont permis d'obtenir et de mettre un bon nombre de ressources humaines à la disposition de tous les HD. La quasi-totalité des HD fonctionnels dispose d'au moins un médecin formé en chirurgie essentielle et en gestion de district. Treize (13) HD disposent d'au moins deux (02) médecins généralistes formés en chirurgie essentielle. Les curricula de formation des médecins généralistes ne prennent pas en compte la chirurgie essentielle.

En outre, les formations spécialisées des infirmiers et des médecins réalisées par le projet de formation des spécialistes, ont permis d'améliorer l'offre de soins. Par exemple, pour le cas des médecins spécialistes, les statistiques montrent qu'on est passé de six (06) spécialistes dans les neuf (09) CHR en 2001 à cent trente quatre

[3] DRH du ministère de la santé
[4] Direction du secteur privé de santé

(134) en 2017[5] dans les CHR . Par ailleurs, le principe de la régionalisation introduit dans le recrutement de certaines catégories de personnel a beaucoup permis de pourvoir des régions chroniquement déficitaires de certains emplois notamment les sages-femmes/maïeuticiens et les infirmiers.

Avec la création ces centres de soins spécialisés de haut niveau, les besoins en ressources humaines spécialisées (oncologues médicaux, oncologues chirurgicaux, radiothérapeutes, thanatologues, etc.) subsistent.

Au niveau communautaire, de nombreuses initiatives sont également développées afin de donner un rôle de plus en plus important aux acteurs communautaires. C'est dans cette perspective que des ASBC ont été recrutés et un paquet d'activités contractualisé avec les OBC. Dans les zones à sécurité précaire, le rôle des accoucheuses villageoises a été réorienté afin de mieux cibler la lutte contre la mortalité maternelle. Toutefois, au vu du faible niveau d'instruction de ces ASBC, il est nécessaire de mieux les former et de les appuyer afin qu'ils jouent convenablement leur rôle dans la communauté.

Une évaluation du système de gestion des ressources humaines à travers les récentes études en cours de finalisation (marché du travail, efficience de la gestion des ressources humaines, évaluation du plan stratégique de GRH, etc.) révèle une faible régulation du système de production des ressources humaines.

La production des ressources humaines pour la santé est réalisée tant par des structures publiques que privées. La production de ressources humaines en santé connaît quelques défaillances :

- le non-respect des capacités d'accueil des établissements de formation ;
- l'insuffisance des terrains de stage ;
- la faible capacité d'encadrement des stagiaires par les professionnels en service ;
- la lenteur dans l'implémentation des nouveaux curricula harmonisés de formations de l'OOAS ;
- l'insuffisance du matériel didactique et des laboratoires de travaux pratiques ;
- l'absence de curricula de formation pour les nouveaux besoins en compétences du système de santé.

[5] Annuaire statistique RH santé 2017

- l'absence de stratégie nationale de formation continue et une insuffisance de l'offre de formation continue, nonobstant la prescription légale imposant à chaque ministère de disposer d'un plan de renforcement des capacités de son personnel.

Le renforcement des capacités des professionnels de santé en cours d'emploi est un facteur d'amélioration de la qualité de soins. Il permet d'assurer la mise à niveau et l'amélioration des pratiques professionnelles compte tenu des évolutions des sciences de santé.

Des besoins de certains profils (sage-femme/maïeuticien, biotechnologiste, etc.) restent insuffisamment couverts. En effet, la dernière cartographie des SF/ME montre que le ministère dispose pour l'ensemble des formations sanitaires du pays de 3097 SF/ME dont 2274 SF et 823 ME.

Aussi, l'audit des ressources humaines réalisé en août 2016 a relevé une inégalité de répartition des ressources humaines entre les zones rurales et urbaines.

En août 2019, un recensement géographique des ressources humaines a permis de faire le constat suivant :

- la région du Centre emploie le plus de personnel avec environ 25% des effectifs ;
- la région des Hauts-Bassins qui compte environ 13% des effectifs ;
- les régions du Plateau central, du Sahel, des Cascades, de l'Est, du Centre-Ouest, du Sud-Ouest et du Centre-Nord bénéficient d'environ chacune de 5% des effectifs ;
- la région du Centre-Sud emploie moins de nos effectifs avec un taux de 4% ;

Il n'existe pas de normes d'allocation des ressources humaines pour la santé.

En effet, le ministère a produit en 2015 un document de normes d'allocation des ressources humaines en santé mais, lesdites normes n'ont pas été adoptées par un texte normatif.

Par ailleurs, des travaux sont en cours pour l'allocation des ressources humaines par l'évaluation de la charge de travail à travers le WISN, outil développé par l'OMS.

2.4.5. Les infrastructures, équipements et maintenance

- **Infrastructures**

Les infrastructures sanitaires publiques indispensables à l'offre de soins et aux prestations de service de qualité sont construites en fonction de la pyramide sanitaire. Elles sont constituées d'hôpitaux régionaux, universitaires et de district, de centres spécialisés, de formations sanitaires de base et des bâtiments administratifs

En fin août 2019, le nombre de CSPS complets fonctionnels est de 1933 contre 1795 en fin 2018 soit une augmentation de 138 CSPS normalisés, construits ou rendus fonctionnels (annuaire statistique 2018). Ces bonds quantitatifs annuels en infrastructures corrélés aux besoins réels en formations sanitaires de base révèlent que des efforts restent encore à faire dans la construction de nouveaux CSPS. En effet, les prévisions indiquent que près de 513 sites regroupant près de 5000 habitants identifiés restent à pourvoir en CSPS afin de réduire la distance à parcourir par la population.

La région du Centre Sud ne dispose pas de centre hospitalier fonctionnel. La construction est en cours (autour de 5%). Les mobilisations de ressources sont en cours pour la construction des CHR de Fada, Dédougou, Gaoua, Sabtenga (ex Bassinko) et CHU de Bobo Dioulasso.

Les hôpitaux de districts (HD) fonctionnels sont au nombre de 47 sur 57 HD attendus soit un besoin de construction de 10 HD. A cet effet, deux (2) hôpitaux de district sont en construction à Kampti et à N'dorola dans le cadre de la phase II du Fonds européen de développement (11^{è} FED). Le démarrage des travaux de construction de cinq (5) HD notamment à Léna, Karangasso-Vigué, Mangodara, Tougouri et Gayéri est prévu pour le premier trimestre 2020, dans le cadre de la mise en œuvre du « Projet ORIO ».

Pour renforcer l'offre de soins pour la prise en charge de certaines pathologies non transmissibles, des centres de soins spécialisés de haut niveau sont en cours de construction. Il s'agit du Centre de cancérologie de Ouagadougou, du Centre de neurochirurgie, du centre de médecine physique et de réadaptation, du centre d'hémodialyse de Ouahigouya et des centres de gériatrie à Ouagadougou et à Bobo Dioulasso.

La réalisation de ces centres spécialisés va contribuer à réduire les évacuations sanitaires hors du pays et contribuer à soulager le fardeau social et financier des ménages et de l'Etat.

On note par ailleurs, un accroissement du nombre de CSPS fonctionnels dans toutes les régions du pays. Cependant, 38,6% de districts sanitaires n'ont pas connu une augmentation du nombre de CSPS fonctionnels entre 2018 et fin août 2019. Les districts qui ont un fort besoin en nouveaux CSPS sont prioritairement ceux des régions du Sahel, de la Boucle du Mouhoun, de l'Est et des Hauts Bassins afin de rapprocher une grande population des services de santé.

Dans l'ensemble on note une réduction du nombre de CSPS complets non fonctionnels qui est passé de 71 CSPS en 2018 à 53 CSPS en 2019[6]. Les régions du Nord, du Centre Ouest, du sahel et du centre sud ont consenti plus d'efforts pour réduire en 2019 le nombre de CSPS complets comparativement à 2018.

Cette tendance de faible réduction des CSPS complets non fonctionnels au niveau des régions s'explique en grande partie par le manque d'équipements, de médicaments et ou du personnel pour leur ouverture.

Les dispensaires ou maternités isolés fonctionnels et non fonctionnels demeurent importants 244 en 2018 dont 188 fonctionnels et 56 non fonctionnels contre 166 en 2019 dont 113 dispensaires et maternités sont fonctionnels et 53 non fonctionnels.

Dans toutes les régions sanitaires sont notifiées des infrastructures sanitaires inachevées au moment de la collecte des informations. Elles représentent des chantiers en cours de réalisation, en arrêt de travaux ou abandon de chantier. Cette situation s'explique en partie par les difficultés d'application des procédures d'exécution des marchés publics au niveau des collectivités ou la situation sécuritaire qui limite l'accès aux sites de construction de certaines infrastructures. Les sorties régulières de suivi pourraient mieux établir la situation en fin d'année 2019.

Les difficultés rencontrées en matière d'infrastructures sanitaires sont :

- le non-respect des normes en infrastructures et équipements lors des constructions et équipements des formations sanitaires ;
- le non-respect des critères d'implantation (population, géographique) ;
- le non-respect de sites d'implantation des formations sanitaires ;
- l'insuffisance de suivi des constructions.

- **Equipements**

Dans le cadre de la politique d'acquisition et de la maintenance des équipements médico-techniques, il a été créé la Société de gestion de l'équipement et de la

[6] Direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance

maintenance biomédicale (SOGEMAB) par décret 2013-1217/PRES/PM/MICA/MEF/MS du 30 décembre 2013 portant transformation de l'AGEMAB en société d'Etat dans l'objectif de doter les structures de santé d'équipements modernes à moindre coût à travers un Plan spécial d'équipement (PSE). En raison de sa mission principale qui est de centraliser les achats pour le compte de l'Etat et d'assurer la maintenance des équipements livrés, la mise en œuvre du PSE a été confiée à la SOGEMAB. Cela est matérialisé par le contrat plan 2015-2020 entre cette société et l'Etat.

Ainsi, un prêt de 25 milliards de FCFA a été contracté auprès de la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO) et de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), au profit de la SOGEMAB. Le remboursement de cette dette auprès de ces deux structures se fait par prélèvement de la subvention annuelle octroyée par l'Etat à chaque Etablissement public de santé (EPS). En matière d'équipements médico-techniques, le PSE a sensiblement amélioré le plateau technique des formations sanitaires même si des insuffisances demeurent.

Ainsi, les bénéficiaires des prestations de la SOGEMAB relèvent des difficultés tenant principalement : au non-respect des délais de livraison, à la faible qualité et au coût élevé du matériel livré, à l'inadaptation des équipements fournis, à l'inadéquation des locaux[7].

Par ailleurs, bien que l'un des objectifs du contrat plan est d'homogénéiser les équipements pour une gestion optimale de la maintenance des pièces et consommables d'usage courant, le rapport de synthèse de l'enquête parlementaire sur le système de santé au Burkina Faso 2006-2016 a cité quarante-huit (48) marques d'équipements sur le terrain[8].

La plupart des autres difficultés en matière d'équipements s'explique par une insuffisance des ressources financières pour les acquisitions, une grande diversité d'origine et de marque des équipements liée au non encadrement des dons et une insuffisance de flexibilité dans l'application de la réglementation en vigueur.

En 2017, de gros équipements ont été acquis notamment pour l'imagerie médicale, les équipements de laboratoire tels que les automates d'hématologie, des groupes électrogènes, du matériel roulant pour des CHU, CHR, HD et CM.

[7] Rapport de l'enquête parlementaire
[8] ibidem

Des unités de production d'oxygène médical ont été installées dans les Centres hospitaliers universitaires Yalgado OUEDRAOGO, Charles DE GAULLE, et Sourô SANON ainsi que dans les Centres hospitaliers régionaux de Dori, Fada-N'Gourma, Koudougou, Kaya et Gaoua en vue de l'autonomisation de la production d'oxygène sur site hospitalier. L'objectif de rendre autonome l'ensemble des CHU et CHR en termes de production d'oxygène et de constituer un centre d'approvisionnement pour les hôpitaux de district n'est pas atteint.

L'analyse de la situation des équipements médico-techniques dans les structures de santé a été faite à partir de la liste des équipements essentiels de base (équipements traceurs) par service de santé et des normes en matière d'équipement du ministère de la santé.

- **Equipements essentiels de base des formations sanitaires de premier niveau (CSPS, CM)**

Les équipements essentiels de base sont disponibles dans l'ensemble des formations sanitaires avec un taux moyen de fonctionnalité de 79%.

- **Equipements essentiels de base des HD**

✓ Equipements essentiels de base des services d'urgence des HD

Les équipements essentiels ont un taux moyen de 28% en matière de respect des normes. Ce faible taux est lié à une absence de certains équipements essentiels (analyseur d'hémoglobine, défibrillateur, pousse-seringue électrique, etc.). Cependant, le taux de fonctionnalité de ces équipements est de 84 %.

✓ Equipements essentiels de base en imagerie médicale

Les équipements essentiels en imagerie médicale ont un taux moyen de conformité de 42%. Le taux moyen de fonctionnalité des équipements essentiels d'imagerie (radiographie os poumons et échographie) est de 84%. Il faut cependant noter que des équipements de radiographie en bon état mais non exploités existent dans certains HD (Pama, Gourcy, Kongoussi, Zabre, Pouytenga, Orodara).

Dans les services d'imagerie médicale, un constat majeur porte sur la faible disponibilité des équipements de protection individuelle tels que les tabliers plombés et les dosimètres. Le dosimètre est disponible dans 28% des cas.

✓ Equipements de base des laboratoires des HD

Les équipements de base sont disponibles dans l'ensemble des laboratoires avec un taux moyen de fonctionnalité de 79%.

✓Equipements de base des blocs gynéco-obstétriques

Les équipements essentiels sont disponibles dans les blocs de gynécologie. Cependant, le taux de respect des normes est de 42%. Cela s'explique en partie par le fait que la plupart des services de maternité fonctionnent avec une seule salle d'accouchement au lieu de deux comme prévu dans la norme. L'aspirateur médical électrique, le concentrateur d'oxygène et le stérilisateur à chaleur sèche de paillasse ont les meilleurs taux de conformité (> 50%).

Quant aux équipements essentiels disponibles, ils sont fonctionnels en moyenne dans plus de 88% des cas.

✓Equipements de base des blocs chirurgicaux des HD :

La plupart des HD fonctionnent avec un seul bloc pour les interventions chirurgicales au lieu de deux comme norme. Le taux de respect global des normes est de 58 % avec un taux de fonctionnalité de 87%.

❖ **Equipements de base des CHU/CHR**

✓Services des urgences médico-chirurgicales

Le taux moyen de respect des normes en matière d'équipements essentiels est de 65%. Le taux de fonctionnalité de ces équipements est de 91%.

✓Services des laboratoires

Les équipements de base sont disponibles dans l'ensemble des laboratoires avec un taux moyen de fonctionnalité de 82%.

✓Services d'imagerie médicale

Les équipements essentiels en imagerie ont un taux moyen de conformité à la norme de 50% avec des extrêmes allant de 0% (boîte de partie molle) à 109% (appareil complet de radiographie type os poumon). Le scanner n'est disponible que dans deux (02) hôpitaux (CHUYO et CHUSS). Le seul appareil d'IRM disponible n'est pas fonctionnel.

Le taux moyen de fonctionnalité des équipements essentiels est de 80%.

Dans les services d'imagerie, un constat majeur porte sur la faible disponibilité des équipements de protection individuelle (ex le taux de respect des normes pour le tablier en plomb est de 37%). Le dosimètre est disponible dans 36% des cas. Une insuffisance en matériel de protection et de surveillance contre les rayons X.

✓Blocs des services de gynéco-obstétrique

Les équipements essentiels sont disponibles dans les blocs de gynécologie. Cependant, le respect des normes est de 33%. Quant aux équipements de base disponibles, ils sont fonctionnels en moyenne dans plus de 90% des cas.

- **Logistique roulante**

❖ Situation des ambulances à quatre (04) roues dans les régions sanitaires

✓Dans les DRS

Pour favoriser les évacuations sanitaires et pallier les pannes d'ambulances dans les formations sanitaires, une politique de positionnement d'ambulances de recours sur financement du budget de l'Etat dans les DRS avait été mise en œuvre. A ce jour, certaines de ces ambulances de recours ont été cédées à des districts sanitaires. Seules quelques DRS (Cascades, Sahel, Plateau Central) disposent toujours de ce type d'ambulances.

✓Dans les Districts sanitaires (DS)

Il est dénombré 45 ambulances au niveau de 29 sièges de districts. Elles servent à pallier les pannes des ambulances constatées dans les structures de soins (CSPS, CM, HD, CHR).

Au niveau des HD, on dénombre 53 ambulances dans 43 HD sur les 47 HD fonctionnels. Les HD de Boulmiougou, Gorom Gorom, Koupéla, Pouytenga, ne disposent pas d'ambulances fonctionnelles.

✓Dans les CHR et les CHU

Il est dénombré 47 ambulances dans tous les hôpitaux. Chaque CHR, CHU dispose d'une ambulance. Les CHR de Koudougou et de Fada disposent du plus grand nombre d'ambulances fonctionnelles respectivement 4 et 6. Le CHR de Kaya et les CHU de Ouahigouya et de Bogodogo possèdent chacun une ambulance fonctionnelle.

❖ Situation des véhicules à quatre (04) roues de supervision dans les régions sanitaires

✓Dans les DRS

Il est dénombré 35 véhicules de supervision. Toutes les DRS disposent chacune d'au moins d'un véhicule de supervision. Les DRS des Cascades, du Centre et du Sahel ont chacune 04 véhicules tandis que celles du Centre Sud et du Nord ont chacune un véhicule.

✓Dans les Districts sanitaires (DS)

Il est dénombré 112 véhicules de supervision. Le DS de Gaoua dispose du plus grand nombre de véhicules de supervision (04) ; 03 pour chacun des DS de Bogodogo, de Boulmiougou, de Gorom Gorom, de Gourcy, de Manni et de Nouna. Tous les autres DS possèdent au moins 01 véhicule de supervision.

✓Dans les CHR et les CHU

Il est dénombré 34 véhicules utilitaires ou de fonction. Les CHU de Tendandogo et de Yalgado possèdent le plus grand nombre avec respectivement 06 et 05. Tous les autres CHR, CHU possèdent chacun au moins un véhicule utilitaire ou de fonction.

❖ Situation des motos dans les régions sanitaires

✓Dans les DRS

On dénombre au total 99 motos de service et de supervision fonctionnelles. La DRS des Cascades possède le plus grand nombre de motos (16) suivi du Centre Est (15) et de la Boucle du Mouhoun (14) tandis que la DRS des Hauts Bassins n'en possède qu'une. Toutes les autres DRS possèdent au moins 04 motos fonctionnelles.

✓Dans les DS

On compte 469 motos fonctionnelles dans les districts sièges. Le nombre de motos varie entre 0 et 74 par district. Seul le district de Ouargaye n'en dispose pas. La moyenne est de 07 motos par siège de district.

Les motos disponibles au niveau des HD sont au nombre de 52. 15 HD ne disposent pas de motos. Le HD de Gorom-Gorom dispose du plus grand nombre de motos (06).

✓Dans les CHR et les CHU

Quarante-sept (47) motos sont disponibles dans les CHR et les CHU. Le CHR de Fada possède le plus grand nombre de motos (09) suivi du CHU de Ouahigouya avec 08 motos. Tous les autres CHR et CHU possèdent au moins 01 moto.

- **Maintenance**

Une des attributions de la SOGEMAB est la maintenance des équipements médico-techniques rappelée dans le contrat plan. Cependant, des griefs récurrents sont formulés contre cette société et portent notamment sur les retards dans les interventions ; la qualité et le cout des maintenances ; l'absence de transfert de technologie et de compétence au profit des structures sanitaires. Malgré l'existence de cette société, les structures hospitalières continuent toujours de faire appel aux prestataires privés.

A la faveur du dernier organigramme 2018 du ministère de la santé, la Direction des infrastructures des équipements et de la maintenance (DIEM) a été créée afin de concevoir et de coordonner les actions de maintenance des infrastructures et des équipements pour la santé. Par ailleurs, il existe dans chaque CHR, CHU et dans certaines DRS, un service chargé de la maintenance. Les maintenanciers des DRS interviennent au niveau des HD.

Cependant, on note une insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la maintenance. Par exemple il n'existe que quatre ingénieurs biomédicaux dans le secteur public. En outre, dans les cahiers de prescriptions techniques des dossiers d'appel à concurrence, le volet services-après-vente et de transfert de technologie n'est pas suffisamment pris en compte.

Par ailleurs, on note une insuffisance de matériels et d'équipements de maintenance, une insuffisance de crédits alloués aux activités de maintenance au plan national. Pourtant, il est préconisé de consacrer 10% du cout d'acquisition des équipements à leur maintenance.

De plus, la plupart des structures ne disposent pas de plans de maintenance et d'amortissement opérationnels. Cette situation ne permet pas le renouvellement rationnel des équipements entraînant ainsi des arrêts d'offre de soins ou de services (laboratoires, radiologie, chirurgie, dialyse, centrale de production d'oxygène etc.) dans certaines structures hospitalières.

L'absence également de la gestion informatisée réduit la performance de nos structures hospitalières en termes de planification de maintenance.

Au plan national, des documents portant sur les normes en équipements existent mais ne sont pas actualisés.

Du reste, l'élaboration de la stratégie en matière d'infrastructures, d'équipements et de maintenance pour le secteur de la santé contribuera à améliorer la performance de structures de santé.

2.4.6. L'information sanitaire

Le système d'information sanitaire du Burkina a connu ces dernières années des réformes visant à renforcer ses performances et lui permettre d'assurer la disponibilité et l'utilisation d'une information sanitaire de qualité pour la prise de décision. Au nombre de ces réformes, on peut citer la création de la direction des systèmes d'information en santé (DSIS), l'informatisation du système national d'information sanitaire (SNIS) à travers la mise en place de l'entrepôt national des données sanitaires utilisant le logiciel DHIS2 (Endos-BF) pour la collecte et l'exploitation de l'information sanitaire. Par ailleurs la télé santé et la recherche clinique restent très peu développées.

Ces différentes réformes ont permis de renforcer la production de l'information sanitaire à travers la parution régulière des annuaires statistiques, des bulletins d'information sanitaire, des tableaux de bord et des rapports de progrès.

Dans la plupart des hôpitaux publics, il n'existe pas de système informatique de gestion intégrée. En outre, l'instabilité ou l'absence de connexion internet limite la gestion et l'exploitation des données sanitaires. Les outils de gestion et de partage de l'information sont insuffisants et certains sont obsolètes.

On note une faible complétude des données du privé et l'insuffisance de collecte et de capitalisation des données communautaires.

Les données de la médecine traditionnelle et alternative ne sont pas prises en compte dans le SNIS. La définition des indicateurs clés dans ces domaines et les moyens de les collecter restent un défi à relever.

2.5. Les problèmes et axes d'interventions prioritaires

2.5.1. Les problèmes prioritaires

De cette analyse, il ressort les problèmes prioritaires suivants de l'offre de soins :

- insuffisance de la qualité des soins, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé (inégale répartition de l'offre de soins ; paquet d'activités par niveau non adaptés, protocoles de PEC des pathologies courantes non révisés ; gestion des

urgences non satisfaisante ; faible mise en œuvre des mécanismes de partage des risques ; insuffisance de prise en charge de la mère et du nouveau-né ; insuffisance en matière de sécurité du patient ; faible participation communautaire ; faible promotion de la recherche en technologie sanitaire, …) ;

- insuffisance en nombre et en qualité des ressources humaines en santé et de leur gestion à travers le territoire (production, recrutement et répartition ; motivation du personnel ; …) ;
- faible couverture en infrastructures et en équipements adéquats, de la logistique et de leur maintenance ;
- insuffisance dans la promotion de la médecine traditionnelle et alternative ;
- insuffisance dans l'organisation du secteur privé de santé (régulation, inspection et contrôle, conditions d'utilisation du personnel de l'Etat auprès du privé non conventionné, mutualisation des ressources, …).

2.5.2. Les axes d'interventions prioritaires

Au regard des problèmes prioritaires énumérés plus haut, les axes d'interventions se résument aux points suivants :

- renforcement de la qualité et de l'utilisation des services de santé (redéfinition du paquet essentiel d'activités par type de formation sanitaire à chaque niveau de soins ; redéfinition de la typologie des formations sanitaires par niveau de soins ; relecture des textes normatifs relatifs au paquet d'activités par niveau de soins ; promotion de l'hygiène hospitalière et de la sécurité des patients ; organisation de la gestion des urgences médico-chirurgicales ; promotion des soins palliatifs ; promotion des soins réadaptatifs ; renforcement de la stratégie de la gratuité ciblée des soins ; contribution à la mise en œuvre du RAMU ; certification/accréditation des établissements de santé ; développement de la recherche au sein des hôpitaux ; définition de standards de prestations de service et de soins à l'endroit des adultes ; promotion de l'offre de soins en santé communautaire, …) ;
- amélioration de la disponibilité des ressources humaines de qualité en santé (relecture des textes normatifs en matière de RHS par niveau de soins ; mise en place de mécanismes de motivation du personnel de santé ; réglementation de la formation continue ; adéquation de la formation initiale des professionnels de santé aux besoins, …) ;

- renforcement en infrastructures, équipements, logistique roulante et maintenance (relecture des textes normatifs en matière d'infrastructures et équipements par niveau de soins, construction/réhabilitation des infrastructures et de leur équipement ; renforcement de la culture de la maintenance,…) ;
- renforcement de la contribution de la médecine traditionnelle et alternative à l'offre de soins de qualité (mise en place et opérationnalisation des structures d'interface, homologation des produits de santé, …) ;
- renforcement de la contribution du secteur privé de soins à l'offre de soins de qualité (autorisation d'ouverture, conditions d'exploitation, inspection et contrôle, conditions d'utilisation du personnel de l'Etat, régulation, …).

III. FORMULATION DE LA STRATEGIE

3.1. Fondements

La stratégie « offre de soins » s'inspire des orientations politiques et programmatiques nationales. Il s'agit notamment du plan national de développement économique et social (PNDES), de la politique sectorielle Santé, de la politique nationale de santé (PNS), du plan national de développement sanitaire (PNDS) et de la loi organique n°073-2015/CNT du 06 novembre 2015 relative aux lois de finances.

❖ **Le Plan national de développement économique et social**

Depuis 2016, une nouvelle vision du développement a été déclinée par le Gouvernement à travers l'adoption du plan national de développement économique et social (PNDES). Ce référentiel national accorde une place importante à l'amélioration de la santé des populations. En effet, l'axe 2 du PNDES 2016-2020 intitulé : « développer le capital humain », comprend cinq objectifs stratégiques dont le premier est de « promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique ». Cet objectif est soutenu par trois effets attendus (EA) que sont :

- l'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous ;
- l'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré ;
- le processus d'accélération de la transition démographique pour déclencher le dividende démographique est réellement mis en mouvement.

La stratégie offre de soins s'inscrit dans le champ des deux premiers effets.

- **Le Plan national de développement sanitaire (PNDS)**

La mise en œuvre de la politique nationale de santé (PNS), est assurée par le PNDS 2011-2020 qui comprend huit (08) orientations stratégiques (OS): (i) développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ; (ii) amélioration des prestations de services de santé ; (iii) développement des ressources humaines pour la santé ; (iv) promotion de la santé et lutte contre la maladie ; (v) développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ; (vi) amélioration de la gestion du système d'information sanitaire ; (vii) promotion de la recherche pour la santé ; (viii) accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

L'évaluation à mi-parcours a donné lieu à la deuxième phase 2016-2020 du PNDS, qui prend en compte de nouvelles orientations, la gestion axée sur les résultats et les Objectifs de développement durable (ODD). La stratégie offre de soins qui se construit sur ces orientations stratégiques a sans conteste un lien étroit avec le PNDS.

- **La Politique sectorielle santé**

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDES, quatorze secteurs de planification ont été définis dont celui de la Santé qui regroupe trois ministères en charge de : i) la santé, ii) l'agriculture et des aménagements hydroagricoles et iii) la Femme, la solidarité nationale et de la famille et de l'action humanitaire. La vision de cette politique sectorielle est d'atteindre : *« un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2026 ».* La stratégie offre de soins s'accommode de la vision multisectorielle et multidimensionnelle de la Santé affirmée dans la politique sectorielle Santé en abordant les questions de santé dans une approche globale et en fédérant l'ensemble des acteurs et parties prenantes pour une réponse adéquate aux différents problèmes.

- **Cadre juridique**

Le Burkina Faso s'est engagé depuis plus de deux décennies dans un vaste processus de réformes de la gestion des finances publiques. Ce processus a conduit à l'adoption de la loi organique n°073-2015/CNT du 06 novembre 2015, relative aux

lois de finances et de ses textes d'application qui découle de l'internalisation de la Directive 06 de L'UEMOA adoptée en 2009 dans le cadre juridique national.

3.2. Vision

La stratégie « offre de soins » contribue à l'atteinte de la vision de la politique sectorielle santé qui se décline comme suit : « Un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2026 ». Elle découle de la vision énoncée dans l'étude nationale prospective Burkina 2025 : « une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale ».

3.3. Principes directeurs

Les principes directeurs qui guident la mise en œuvre de la stratégie offre de soins sont :

- **Bonne gouvernance**

La bonne gouvernance nécessite une gestion efficace et efficiente des ressources ainsi qu'une coordination des interventions multisectorielles. Elle se basera sur le respect des procédures de passation des marchés, de gestion administrative et financière avec une tolérance zéro à la corruption et au détournement de biens publics. Les prestataires veilleront à prendre les mesures afin d'adapter les réponses de l'offre aux besoins exprimés par la demande. Les conclusions des enquêtes de la veille communautaire des ONG et de la société civile seront exploitées à cette fin.

- **Résultologie**

La stratégie « offre de soins » a été élaborée selon l'approche de la gestion axée sur les résultats. Sa mise en œuvre visera également l'atteinte des résultats dans le respect des principes de soins et services de qualité. Toutes les actions, conduites dans le cadre de la SOS doivent être guidées par le devoir de redevabilité. C'est pourquoi, des indicateurs pertinents sont définis afin de faciliter l'appréciation de la progression de leurs niveaux vers les cibles.

La transparence et la reddition des comptes sont essentielles dans l'obtention des résultats de développement, en ce sens qu'elles permettent d'instaurer un climat de

confiance et de garantir la pleine participation des acteurs à la réalisation des objectifs, respecter les principes des soins et services de santé de qualité.

- **Intersectorialité**

Elle se matérialise par l'implication judicieuse des acteurs des autres départements ministériels, des collectivités territoriales, du secteur privé, de la société civile et des PTF dans l'exécution des actions retenues. L'intersectorialité devrait aboutir à une forte appropriation des interventions en matière d'offre de soins par les divers secteurs de développement afin de garantir une pérennité de celles-ci.

Sous le leadership du ministère en charge de la santé, la collaboration intersectorielle renvoie au recours à plusieurs approches pour résoudre les grands problèmes de santé qui sont de nature multifactorielle. Elle stimule la création d'alliances et de partenariats entre plusieurs secteurs de développement ou entre différents individus qui travaillent ensemble pour trouver des solutions aux problèmes communs. La collaboration offre ainsi l'avantage d'une vision plus holistique de la santé.

- **Participation communautaire**

Les individus, les familles et les communautés doivent s'engager pour exercer un contrôle sur les facteurs qui influencent leur santé. La participation est efficace lorsque les citoyens déterminent eux-mêmes leurs besoins communs, exercent un contrôle sur les activités qu'ils choisissent et en assument le leadership.

- **Équité et genre en santé**

Elle requiert l'adaptation des interventions aux besoins des bénéficiaires notamment les groupes spécifiques. Elle nécessite également une répartition adéquate des ressources permettant l'adoption de modes de vie sains et l'amélioration des conditions de vie favorables à la santé pour tous.

L'équité suppose l'absence de différences évitables tout en ne se confondant pas à l'égalité. La santé étant un droit, il s'agit de s'assurer que chaque individu, en l'occurrence les enfants et les femmes jouisse de ce droit tant sur le plan géographique, culturel et financier.

3.4. But

Le but de la stratégie offre de soins est d'améliorer l'accessibilité des populations aux services de santé de qualité, à travers des services de santé performants, offrant des prestations de santé de qualité à la population à tous les niveaux du système de santé.

3.5. Résultats

Le tableau ci-dessous présente la chaine des résultats.

Tableau I : Chaine des résultats

<table>
<tr><th>Produits</th><th>Effets du SOS</th><th>Effets du PNDS</th><th>Impacts PNDS</th></tr>
<tr><td>Les formations sanitaires disposent de ressources humaines suffisantes en nombre et en qualité.</td><td rowspan="2">Effet 1- 055 : L’accès aux services de santé de qualité est amélioré</td><td rowspan="6">E1 : L’accès des populations et en particulier les groupes spécifiques, aux services de santé est amélioré</td><td rowspan="6">L’état de santé des populations est amélioré</td></tr>
<tr><td>Les formations sanitaires disposent d’infrastructures et d’équipements adéquats et fonctionnels.</td></tr>
<tr><td>Les prestations de soins de qualité sont offertes aux populations.</td><td rowspan="3">Effet 2- 055 : L’utilisation des services de santé de qualité est renforcée.</td></tr>
<tr><td>Les prestations de soins de qualité sont offertes aux populations par le secteur privé de santé.</td></tr>
<tr><td>Les prestations de soins de qualité en médecine traditionnelle et alternative sont offertes aux populations.</td></tr>
</table>

IV. INDICATEURS DE LA STRATEGIE OFFRE DE SOINS

Tableau II : Indicateurs par effets/produits

Effets/produits	Indicateurs
Effet 1- 055 : L'accès aux services de santé de qualité est amélioré	- Rayon moyen d'action théorique - Pourcentage de la population vivant à moins de 5 km d'une formation sanitaire - Taux de décès maternel pour 100 000 parturientes - Taux de mortalité néonatale intra hospitalière
P1.1 : Les formations sanitaires disposent de ressources humaines suffisantes en nombre et en qualité.	- Ratio population/ médecin - Ratio population/IDE - Ratio population/ SFE-ME - Proportion de CSPS remplissant les normes minimales en personnel de santé - Proportion de CMA/HD disposant d'au moins deux (2) médecins formés en chirurgie essentielle
P1.2 : Les formations sanitaires disposent d'infrastructures et d'équipements adéquats et fonctionnels.	- Pourcentage de formations sanitaires répondant aux normes en infrastructures - Pourcentage des formations sanitaires répondant aux normes en équipement sanitaire
Effet 2 - 055 L'utilisation des services de santé de qualité est renforcée.	- Nombre de nouveaux contacts/enfant de moins de 5 ans et par an ; - Nombre de nouveaux contact/habitant - Proportion de consultations d'enfant de moins de 5 ans couverte par la mesure de gratuité des soins - Proportion de consultations des femmes enceintes couvertes par la mesure de gratuité des soins -
P2.1 : Les prestations de soins de qualité sont	- Proportion des FS respectant le principe de prescription rationnelle conformément aux normes et protocoles

Commentaire [H2]: Indicateurs santé communautaire Voir Dr KAFANDO

offertes aux populations par le secteur public.	nationaux en vigueur - Taux de suppuration post-opératoire - Taux de satisfaction des demandes en produits sanguins - Proportion des enfants de moins de 5 ans pris en charge selon l'approche PCIME - Proportion des formations sanitaires publiques certifiées - Proportion de villages et secteur bénéficiant d'un paquet complet de soins à base communautaire (TB, VIH, Paludisme) offert par les OBC - Proportion de villages et de secteur disposant d'ASBC selon les normes
P2.2 : Les prestations de soins de qualité sont offertes aux populations par le secteur privé de santé.	- Taux de complétude des rapports mensuels des formations sanitaires privées de soins - Pourcentage des demandes d'autorisation d'ouverture accordées - Proportion des formations sanitaires privées certifiées
P2.3 : Les prestations de soins de qualité en médecine traditionnelle et alternative sont offertes aux populations.	- Nombre de médicaments traditionnels enregistrés à la nomenclature nationale - Nombre de prestataires de MTA autorisés à exercer - Proportion de CHU/CHR, disposant de structures d'interface fonctionnelles - Nombre de structures de soins alternatifs offrant des soins conformément aux normes

V. CADRE DE PERFORMANCE

Tableau III : Indicateurs de performance

RESULTATS		INDICATEURS DE PERFORMANCE					Source de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
		Enoncé	Base 2018	Cibles						
				2020	2021	2022				
EFFET	**Effet 1- 055 :** L'accès aux services de santé de qualité est amélioré	Rayon moyen d'action théorique	6,4	6,2	6,0	5,8	Annuaire statistique	Routine	Annuelle	DSS
		Pourcentage de la population vivant à moins de 5 km d'une formation sanitaire	59,2	61	63	65	Annuaire statistique	Routine	Annuelle	DSS
		Taux de décès maternel pour 100 000 parturientes	117,0			90	Annuaire statistique	Routine	Annuelle	DSS
		Taux de mortalité néonatale intra hospitalière					Annuaire statistique	Routine	Annuelle	DSS
	Effet 2 - 055 : L'utilisation des services de santé de qualité est	Nombre de nouveaux contacts/enfant de moins de 5 ans et par an	3,1				Annuaire statistique	Routine	Annuelle	DSS
		Nombre de nouveaux contacts par habitants et par an	1,22				Annuaire statistique	Routine	Annuelle	DSS

	renforcée.	Nombre d'enfant de moins de 5 ans bénéficiant de la gratuité des soins	11 692 201	11 71 3 124	11 94 1 099	11 941 819	Rapport gratuité	Routine	Annuel	ST-CSU
		Nombre de femmes bénéficiant de la gratuité des soins	6 289 649	6 038 092	6 047 336	6 056 294	Rapport gratuité	Routine	Annuel	ST-CSU
		Taux de satisfaction des utilisateurs des services de santé	ND				Rapport d'enquête	Enquête	annuelle	DQSS
PRODUITS	**P1.1 :** Les formations sanitaires disposent de ressources humaines suffisantes en nombre et en qualité.	Ratio population/ médecin	12 000				Annuaire statistique	Routine	annuelle	DSS
		Ratio population/IDE	3 281				Annuaire statistique	Routine	annuelle	DSS
		Ratio population/ SFE-ME	5 510				Annuaire statistique	Routine	annuelle	DSS
		Proportion de CSPS remplissant les normes minimales en personnel de santé	84,8				Annuaire statistique	Routine	annuelle	DSS
		Proportion de CMA/HD disposant d'au moins deux (2) médecins formés en chirurgie					Base de données	Routine	annuelle	DFSP

		essentielle								
	P1.2 : Les formations sanitaires disposent d'infrastructures et d'équipements adéquats et fonctionnels.	Pourcentage de formations sanitaires répondant aux normes en infrastructures	ND				Rapport d'enquête	Enquête	annuelle	DIEM
		Pourcentage des formations sanitaires répondant aux normes en équipement sanitaire	ND				Rapport d'enquête	Enquête	annuelle	DIEM
	P2.1 : Les prestations de soins de qualité sont offertes aux populations.	Proportion des FS respectant le principe de prescription rationnelle conformément aux normes et protocoles nationaux en vigueur					Rapport d'enquête	Enquête	annuelle	DQSS
		Taux de suppuration post-opératoire					Rapport d'enquête	Enquête	annuelle	DQSS
		Taux de satisfaction des demandes en produits sanguins	77,7				Annuaire statistique	Routine	annuelle	DSS

		Proportion des enfants de moins de 5 ans pris en charge selon l'approche PCIME	64,1				Annuaire statistique	Routine	annuelle	DSS
		Proportion des formations sanitaires publiques certifiées	ND				Rapport d'enquête	Enquête	annuelle	DQSS
		Proportion de villages/ secteur bénéficiant d'un paquet complet de soins à base communautaire (TB, VIH, Paludisme) offert par les OBC								DPES
		Proportion de villages/ secteur disposant d'ASBC selon les normes								DPES
	P2.2 : Les prestations de soins de qualité sont offertes aux populations par le secteur privé de santé.	Taux de complétude des rapports mensuels des formations sanitaires privées de soins	69,2				Annuaire statistique	Routine	mensuelle	DSPS
		Pourcentage des demandes d'autorisation d'ouverture accordées								DSPS

		Proportion des formations sanitaires privées certifiées					Rapport d'activités	Routine	annuelle	DQSS
	P2.3 : Les prestations de soins de qualité en médecine traditionnelle et alternative sont offertes aux populations.	Nombre de médicaments traditionnels enregistrés à la nomenclature nationale					Rapport d'activités	Routine	annuelle	ANRP DMTA
		Nombre de prestataires de MTA autorisés à exercer					Rapport d'activités	Routine	annuelle	DMTA
		Proportion de CHU/CHR disposant des structures d'interface fonctionnelles					Rapport d'activités	Routine	annuelle	DMTA
		Nombre de structures de soins alternatifs offrant des soins conformément aux normes					Rapport d'activités	Routine	annuelle	DMTA

VI.

VII. PLANNING OPERATIONNEL

Tableau IV : Planning des actions par produit

N°	ACTIONS	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE DE

		2020	2021	2022		FINANCEMENT
Action 01 du budget-programme : formation du personnel de santé						
Produit 1 : La disponibilité des ressources humaines en santé est améliorée						
1	Produire une base de données des ressources humaines en santé au Burkina Faso					
2	Définir les profils pertinents des professionnels de santé selon les priorités du secteur de la santé					
3	Adapter les curricula de formation aux besoins du système de santé					
4	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de formation initiale et spécialisée.					
5	Elaborer une stratégie nationale de formation continue avec des plans consolidés de formation continue à tous les niveaux du système de santé avec un système de suivi-évaluation et une base de données					
6	Renforcer les capacités des institutions de formation					
7	Renforcer la collaboration entre le ministère de la santé et les institutions de formation du personnel de santé (régulation, stage,)					
8	Mettre en œuvre un système de supervision formative adapté					
9	Assurer la prise en charge des étudiants en fin de cycle d'études en médecine et en pharmacie					
10	Assurer la prise en charge des internes des hôpitaux et des médecins en spécialisation					
11	Réviser les textes normatifs en matière de RHS par niveau de soins					

12	Elaborer et mettre en œuvre des plans opérationnels de recrutement, de répartition, d'utilisation et de carrière des ressources humaines pour la santé					
13	Développer des mécanismes d'incitation, de fidélisation et de motivation des ressources humaines en santé					
14	Evaluation des compétences du personnel de santé					
Action 2 du budget-programme : la construction/ réhabilitation d'infrastructures sanitaires						
Action 3 du budget-programme : l'acquisition et maintenance des équipements sanitaires						
Produit 3 : Les infrastructures, les équipements, la logistique et la maintenance sont renforcés						
15	Elaborer le document de carte sanitaire du Burkina Faso					
16	Elaborer le plan stratégique de renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance					
17	Standardiser les marques d'équipements médicaux lourds					
18	Améliorer le système de maintenance des équipements biomédicaux					
19	Construire et équiper 15 nouvelles directions provinciales de la santé et 26 nouveaux Hôpitaux de District					
20	Poursuivre la mise en œuvre des investissements structurant					
21	Réviser les normes en matière d'infrastructures et équipements par niveau de soins					
22	Elaborer les normes en matière de logistiques roulantes					
23	Renforcement des capacités des unités de maintenance des structures sanitaires (hôpitaux, DRS, DS) ;					
24	Relever le plateau technique en matière d'équipement					
25	Renforcer la logistique roulante.					

Action 5 du budget-programme : la promotion des mécanismes de partage de risques en matière de santé ;						
Produit 4 : La qualité des soins offerts aux populations est améliorée						
26	Promouvoir le système de management de la qualité dans les structures du ministère de la santé (soins et administration)					
27	Promouvoir l'hygiène hospitalière et la sécurisation des patients dans les formations sanitaires					
28	Redéfinir le paquet essentiel d'activités par type de formation sanitaire à chaque niveau de soins					
29	Redéfinir la typologie des formations sanitaire par niveau de soins					
30	Réviser les textes normatifs relatifs au paquet d'activités par niveau de soins					
31	Développer la pharmacie hospitalière,					
32	Organiser la gestion des urgences médico-chirurgicales					
33	Promouvoir le système de partage de risques (RAMU,…) ;					
34	Mettre en place le SAMU dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso ;					
35	Poursuivre la mise en œuvre de la gratuité des soins,					
36	Renforcer le système de gestion des déchets biomédicaux ;					
37	Définir la typologie des formations sanitaire par chaque niveau de soins					
38	Promouvoir le partage et l'utilisation des résultats de la recherche au sein des hôpitaux					
39	Mettre en place un système informatisé de gestion des données					

Action 6 du budget-programme : La promotion du sous-secteur sanitaire privé						
Produit 5 : La contribution du secteur privé de santé à l'offre de soins de qualité est améliorée						
40	Promouvoir la mutualisation des ressources entre les secteurs public et privé de santé					
41	Promouvoir le partenariat entre les secteurs public et privé de santé					
42	Développer des cadres de concertation entre les responsables de projets et programmes et les promoteurs du sous-secteur privé					
43	Renforcer la régulation du sous-secteur privé de soins et des écoles privées de formation					
44	Améliorer l'organisation et la règlementation du secteur privé de santé					
45	Renforcer l'inspection et le contrôle du secteur privé de santé ;					
46	Renforcer le système de collecte des données ;					
Action 7 du budget-programme : La promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles						
Produit 6: La contribution de la médecine traditionnelle et alternative à l'offre de soins de qualité est renforcée						
47	Mettre en œuvre le plan stratégique de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle					
48	Promouvoir la production locale de la pharmacopée traditionnelle, de médicaments génériques et des consommables médicaux					
49	Renforcer les structures d'interface dans les hôpitaux					
50	Etablir une cartographie des prestataires de MTA					
51	Renforcer la collaboration entre les acteurs de la MT et de la Médecine Conventionnelle					
52	Renforcer les capacités des acteurs de la médecine traditionnelle et alternative					

53	Accréditer les pratiques de la médecine traditionnelle/alternative					
54	organiser les prestations de médecine traditionnelle/alternative					
55	Définir les mécanismes et les outils de suivi évaluation des prestations					

VIII. BUDGET PREVISIONNEL

Tableau V : Budget prévisionnel

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
Action 01 du budget-programme : formation du personnel de santé								
Produit 1 : La gestion des ressources humaines en santé est renforcée							**5 119 976 000**	**100,00**
1.	Produire une base de données raffinée et géo-référencée sur la démographie sanitaire au Burkina Faso	35 089 000	14 800 000	15 890 000	16 489 000	18 089 000	**100 357 000**	**1,96**
2.	Définir les profils pertinents des professionnels de santé selon les priorités du secteur de la santé ;	6 755 000	7 705 000	8 155 000	9 055 000	15 725 000	**47 395 000**	**0,93**
3.	Adapter les curricula de formation aux besoins du système de	32 080 000	10 080 000	11 000 000	12 900 000	13 385 000	**79 445 000**	**1,55**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
	santé							
4.	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de formation initiale et spécialisée et des plans de carrière des emplois spécifiques du niveau central du Ministère de la santé	17 536 000	17 500 000	18 500 000	19 440 000	21 500 000	**94 476 000**	**1,85**
5.	Elaborer une stratégie nationale de formation continue avec des plans consolidés de formation continue à tous les niveaux du système de santé avec un système de	17 200 000	7 200 000	8 036 000	9 200 000	9 860 000	**51 496 000**	**1,01**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
	suivi-évaluation et une base de données							
6.	Renforcer les capacités des institutions de formation	158 256 000	158 256 000	148 256 000	138 256 000	218 256 000	**821 280 000**	**16,04**
7.	Renforcer la coordination entre le ministère de la santé et les institutions de formation du personnel de santé	6 460 000	6 460 000	6 460 000	6 460 000	6 460 000	**32 300 000**	**0,63**
8.	Mettre en œuvre un système de supervision formative adapté	14 250 000	15 250 000	16 250 000	16 950 000	17 250 000	**79 950 000**	**1,56**
9.	Assurer la prise en charge des étudiants en fin	78 440 000	88 040 000	97 684 000	99 445 000	128 440 000	**492 049 000**	**9,61**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
	de cycle d'études en médecine et en pharmacie							
10.	Assurer la prise en charge des internes des hôpitaux et des médecins en spécialisation	127 300 000	133 300 000	147 300 000	167 300 000	187 300 000	**762 500 000**	**14,89**
11.	Définir les profils pertinents des professionnels de santé selon les priorités du secteur de la santé							
12.	La révision de textes législatifs et règlementaires	41 700 000	44 660 000	32 090 000	21 700 000	28 700 000	**168 850 000**	**3,30**
13.	Elaborer et mettre en œuvre des plans opérationnels de recrutement, de répartition,	56 000 000	56 000 000	56 000 000	56 000 000	56 000 000	**280 000 000**	**5,47**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
	d'utilisation et de carrière des ressources humaines pour la santé							
14.	Mettre en place un système d'attraction et de stabilisation vers les zones déficitaires en personnel de santé	200 000 000	200 000 000	250 000 000	250 000 000	300 000 000	**1 200 000 000**	**23,44**
15.	Renforcer les capacités opérationnelles de la DRH et des structures déconcentrées de gestion des ressources humaines	137 800 000	157 800 000	142 500 000	130 000 000	145 780 000	**713 880 000**	**13,94**
16.	Développer des mécanismes d'incitation, de fidélisation et de motivation des ressources	15 400 000	15 400 000	15 400 000	15 400 000	15 400 000	**77 000 000**	**1,50**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
	humaines en santé							
17.	Promouvoir de meilleures conditions de travail pour le personnel	21 740 000	22 300 000	24 000 000	24 900 000	26 058 000	**118 998 000**	**2,32**
Action 2 du budget programme : la construction/ réhabilitation d'infrastructures sanitaires ;								
Action 3 du budget programme ; l'acquisition et maintenance des équipements sanitaires ;								
Produit 3 : Les infrastructures, les équipements et la maintenance sont renforcés							**564 133 390 000**	**100,00**
28.	Mettre en œuvre la carte sanitaire	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	**225 000 000**	**0,04**
29.	Elaborer le plan stratégique de renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance	12 558 000	12 558 000	12 558 000	12 558 000	12 558 000	**62 790 000**	**0,01**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
30.	Mettre en œuvre un plan d'opérationnalisation de réalisation de nouvelles infrastructures en veillant sur l'équité et la qualité	700 000 000	700 000 000	700 000 000	700 000 000	700 000 000	**3 500 000 000**	**0,62**
31.	Construire de nouvelles infrastructures administratives et éducatives répondant aux normes et prenant en compte l'archivage des documents	1 364 400 000	1 064 400 000	1 004 400 000	1 664 500 000	2 068 400 000	**7 166 100 000**	**1,27**
32.	Réhabiliter les infrastructures existantes selon les normes et prenant en compte l'archivage des	540 000 000	610 000 000	500 000 000	800 000 000	800 000 000	**3 250 000 000**	**0,58**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
	documents							
33.	Standardiser les marques d'équipements médicaux lourds	46 700 000	46 700 000	46 700 000	46 700 000	46 700 000	**233 500 000**	**0,04**
34.	Renforcer les capacités des structures pour la maintenance	158 000 000	180 000 000	180 000 000	178 000 000	180 000 000	**876 000 000**	**0,16**
35.	Assurer la maintenance préventive et curative des équipements	340 000 000	340 000 000	340 000 000	340 000 000	340 000 000	**1 700 000 000**	**0,30**
36.	Renforcer les plateaux techniques des formations sanitaires suivant les besoins par niveau de soins	1 290 000 000	2 294 000 000	1 790 000 000	2 390 000 000	3 856 000 000	**11 620 000 000**	**2,06**
37.	Renforcer les formations sanitaires en équipement de	1 060 000 000	2 560 000 000	1 855 000 000	2 658 000 000	3 600 000 000	**11 733 000 000**	**2,08**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
	qualité répondant aux standards							
38.	Acquérir 300 nouvelles ambulances,	3 600 000 000	3 600 000 000	3 600 000 000	3 600 000 000	3 600 000 000	**18 000 000 000**	**3,19**
39.	Acquérir 1600 ambulances tricycles motorisées,	480 000 000	480 000 000	480 000 000	480 000 000	480 000 000	**2 400 000 000**	**0,43**
40.	Construire et équiper 15 nouvelles directions provinciales de la santé et 26 nouveaux Hôpitaux de District	2 125 000 000	2 425 000 000	2 425 000 000	4 425 000 000	6 425 000 000	**17 825 000 000**	**3,16**
41.	Construire et équiper l'hôpital de district de Boulmiougou	-	2 000 000 000	4 000 000 000	3 000 000 000	-	**9 000 000 000**	**1,60**
42.	Construire et équiper 240 nouveaux CSPS	2 840 000 000	2 840 000 000	2 840 000 000	2 840 000 000	2 840 000 000	**14 200 000 000**	**2,52**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
43.	Construire des incinérateurs dans les CSPS	560 000 000	420 000 000	500 000 000	560 000 000	587 000 000	**2 627 000 000**	**0,47**
44.	Transformer les CSPS des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux	2 505 000 000	2 400 000 000	2 400 000 000	2 900 000 000	5 900 000 000	**16 105 000 000**	**2,85**
45.	Construire et équiper le CHR de Dédougou						**-**	**-**
46.	Construire et équiper le CHR de Fada N'Gourma	-	-	2 500 000 000	3 000 000 000	6 500 000 000	**12 000 000 000**	**2,13**
47.	Construire et équiper le CHR de Gaoua	2 500 000 000	3 000 000 000	6 500 000 000	-	-	**12 000 000 000**	**2,13**
48.	Équiper 11 CHR en système de production autonome d'oxygène (PSA)	92 600 000	92 600 000	92 600 000	92 600 000	92 600 000	**463 000 000**	**0,08**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
49.	Construire et équiper le CHR de Manga	2 500 000 000	3 500 000 000	4 000 000 000	-	-	**10 000 000 000**	**1,77**
50.	Construire et équiper le CHR de Ziniaré						**-**	**-**
51.	Construire et équiper le nouveau CHU de Bobo-Dioulasso	5 000 000 000	6 000 000 000	4 000 000 000	-	-	**15 000 000 000**	**2,66**
52.	Construire et équiper 2 centres d'hémodialyse à Bobo-Dioulasso et à Ouahigouya	-	-	-	300 000 000	560 000 000	**860 000 000**	**0,15**
53.	Construire et équiper un CHU à Bassinko (Ouagadougou)	-	-	5 000 000 000	3 000 000 000	7 000 000 000	**15 000 000 000**	**2,66**
54.	Construire et équiper un Institut de Neurochirurgie à Ouagadougou	1 000 000 000	1 000 000 000	-	-	-	**2 000 000 000**	**0,35**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
55.	Construire et équiper un Institut de néphrologie à Ouagadougou	2 500 000 000	1 000 000 000	-	-	-	**3 500 000 000**	**0,62**
56.	Construire et équiper un Institut de cardiologie à Ouagadougou	-	1 520 000 000	1 400 000 000	1 000 000 000		**3 920 000 000**	**0,69**
57.	Construire et équiper 1 centre et 1 institut de gériatrie à Ouagadougou et 1 centre de gériatrie à Bobo-Dioulasso	700 000 000	1 500 000 000	800 000 000	-	-	**3 000 000 000**	**0,53**
58.	Transformer 11 CHR en CHU	1 000 000 000	2 000 000 000	2 000 000 000	2 000 000 000	4 000 000 000	**11 000 000 000**	**1,95**
59.	Équiper 4 CHU en système de production autonome d'oxygène (PSA)	85 000 000 000	85 000 000 000	85 000 000 000	85 000 000 000		**340 000 000 000**	**60,27**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
60.	Créer une unité de production de médicaments essentiels génériques du "panier mère-enfants"	867 000 000	1 000 000 000	-	-	-	**1 867 000 000**	**0,33**
61.	Construire et équiper un hôpital militaire de 300 lits à Ouagadougou	-	-	4 460 000 000	2 600 000 000	1 940 000 000	**9 000 000 000**	**1,60**
62.	Construire et équiper l'Institut Burkinabè du Cancer à Ouagadougou				1 500 000 000	2 500 000 000	**4 000 000 000**	**0,71**
Action 5 du budget-programme : la promotion des mécanismes de partage de risques en matière de santé ;								
Produit 4 : La qualité et l'utilisation des services de santé sont renforcées							**1 203 794 000**	**100,00**
63.	Mettre en place des équipes d'assurance qualité des soins à tous les niveaux du système de santé	71 600 000	71 600 000	71 600 000	71 600 000	71 600 000	**358 000 000**	**29,74**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
64.	Promouvoir le système de management de la qualité dans les structures du ministère de la santé (soins et administration)	16 000 000	16 000 000	16 000 000	16 000 000	16 000 000	**80 000 000**	**6,65**
65.	Promouvoir l'hygiène hospitalière et la sécurisation des patients dans les formations sanitaires	88 000 000	91 000 000	91 000 000	102 000 000	188 560 000	**560 560 000**	**46,57**
66.	Redéfinir le paquet essentiel d'activités par type de formation sanitaire à chaque niveau de soins	20 570 000	-	-	26 000 000	-	**46 570 000**	**3,87**
67.	Redéfinir la typologie des formations sanitaire par niveau de soins	38 544 000	-	-	44 000 000	-	**82 544 000**	**6,86**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
68.	Réviser les textes normatifs relatifs au paquet d'activités par niveau de soins	18 780 000	8 780 000	8 780 000	11 000 000	28 780 000	**76 120 000**	**6,32**
Action 6 du budget-programme : La promotion du sous-secteur sanitaire privé								
Produit 5 : La contribution du secteurprivé de soins à l'offre de soins de qualité est améliorée							**102 100 000**	**100**
69.	Promouvoir la mutualisation des ressources entre les secteurs public et privé	15 750 000	6 500 000	6 500 000	6 500 000	6 500 000	**41 750 000**	**40,89**
70.	Développer des cadres de concertation entre les responsables de projets et programmes et les promoteurs du sous-secteur privé	10 800 000	10 800 000	12 500 000	12 500 000	13 750 000	**60 350 000**	**59,11**
Action 7 du budget-programme : La promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles								
Produit 6 : La contribution de la médecine traditionnelle et alternative à l'offre de soins de							**3 622 955 000**	**100,00**

N°	ACTIONS	COÛT DES ACTIONS PAR AN					TOTAL PAR ACTION	PART ACTION / PRODUIT (%)
		2019	2020	2021	2022	2023		
qualité est renforcée								
71.	Mettre en œuvre le plan stratégique de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle	68 920 000	50 000 000	51 000 000	52 535 000	61 500 000	**283 955 000**	**7,84**
72.	Promouvoir la production locale de la pharmacopée traditionnelle, de médicaments génériques et des consommables médicaux	55 000 000	65 000 000	68 000 000	70 000 000	81 000 000	**339 000 000**	**9,36**
73.	Construire et équiper un Institut de médecine traditionnelle et de soins intégrés à Ouagadougou	-	-	1 000 000 000	500 000 000	1 500 000 000	**3 000 000 000**	**82,81**
TOTAUX		**132 958 697 000**	**142 511 901 000**	**155 167 343 000**	**141 946 926 000**	**73 608 726 000**	**1 287 267 210 000**	

IX. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE

9.1. Instruments de mise en œuvre

Les principaux outils de suivi-évaluation qui seront élaborés dans le cadre de la mise en œuvre du programme offre de soins sont :

- le plan d'action ; il précise les activités à conduire sur une période d'un an ;
- le projet annuel de performance ; Il présente les objectifs et les indicateurs de performance du programme. Il précise par ailleurs les méthodes de renseignement des différents indicateurs, les coûts des actions. C'est donc l'instrument de veille, permettant de déceler les opportunités et risques liées à la mise en œuvre du programme ;
- les fiches de suivi ; elles seront conçues pour permettre la collecte des informations auprès des acteurs ;
- les rapports d'activités ; ils seront trimestriels. Toutefois, un rapport annuel de performance sera élaboré en sus des rapports trimestriels ;
- le plan de déblocage des fonds (PDF) ; il précise la plan de décaissements ou des engagements financiers annuels et par action ;
- le plan de passation des marchés en tant qu'outil d'aide à la mise en œuvre des activités planifiées.

9.2. Rôle et responsabilité des acteurs

Tableau VI : Rôle et responsabilité des acteurs

Commentaire [H3]: Vérifier la ligne hiérarchique des responsables de programme
Tenir compte de la redevabilité
Documents de monitorage hospitalier, 1er niveau et communautaire

Acteurs	Rôles et responsabilités
Cabinet du Ministre de la santé	- Effectuer la validation stratégique du plan d'amélioration de la performance (PAP) et du rapport annuel de performance (RAP) - Elaborer et évaluer la lettre de mission et du contrat de performance du responsable du programme
Unité de gestion des compétences du POS	- Effectuer la validation technique du PAP et du RAP - Elaborer et évaluer la lettre de mission et le contrat de performance des responsables du budget opérationnel de programme (RBOP) - Elaborer annuellement le PAP et le RAP - Valider les mouvements de crédits au sein du programme - Suivre la gestion des crédits de son programme (engagements, liquidation, dépenses) - Assurer le suivi des investissements des projets et programmes de développement intervenant dans la stratégie - Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de passation des marchés et du plan de déblocage des fonds
Responsable du budget opérationnel du programme (RBOP)	- Assurer la mise en œuvre des actions du BOP - Produire les rapports périodiques sur l'exécution physique et financière du BOP - Proposer les mouvements de crédits au sein du programme devant faire l'objet de la

	fongibilité - Proposer les projets d'engagements de dépenses - Proposer les projets de liquidations de dépenses - Mandater les dépenses - Assurer le suivi de l'exécution des actions du BOP - Assurer le suivi des investissements et des projets - Assurer le suivi de l'exécution des marchés - Assurer le suivi de l'exécution des dépenses de personnel - Assurer l'effectivité du contrôle interne du BOP - Produire des rapports sur l'atteinte des cibles annuelles du BOP - Justifier l'utilisation des ressources allouées au BOP - Expliquer les écarts de réalisation
ST-CSU DRH DFSP, DQSS, DLUM, DIEM, DMTA, DSPS	- Participer à l'atteinte des objectifs du responsable du programme - Mettre en œuvre les activités du programme - Produire le rapport de programmation annuel du programme ainsi que le rapport bilan du programme
CHU	Mettre en œuvre la SOS
INSP	Coordonner la réponse aux urgences sanitaires
DRS	Assurer le suivi de la SOS
CHR	Mettre en œuvre de la SOS

DPS Hôpitaux de District CSPS PSC	Mettre en œuvre de la SOS
Autres départements ministériels : Économie et finances, Administration territoriale, Sécurité, Transport, Environnement, Action sociale, Élevage, Agriculture, Éducation, etc.	- Collaborer à la mise en œuvre des actions de la stratégie offre de soins - Assurer la planification et la mise en d'œuvre d'actions favorables à l'offre de soins
Acteurs non étatiques : Agences des Nations Unies, ONG	Assurer un appui technique et financier à la mise œuvre des programmes et projets
Associations et organisations de la société civile	Jouer un rôle de veille et de contrôle pour la prise en compte des besoins des populations dans la conception et la mise en œuvre de la SOS

9.3. Dispositif organisationnel de mise en œuvre

Dans le souci d'assurer une gestion efficace du programme, il sera mis en place un comité de revue et un cadre de dialogue de gestion.

- **Comité de revue**

Ce comité est mis en place pour garantir une implication plus large des acteurs à la mise en œuvre du programme, mais aussi pour s'inscrire dans la tradition de réédition des comptes. Ce comité est présidé par le responsable du programme et est composé des premiers responsables des structures impliquées dans la mise en œuvre des actions du programme. La composition, le fonctionnement et les attributions de ce comité seront précisés par un arrêté ministériel.

- **Cadre de dialogue de gestion**

Pour le pilotage du programme, il est institué un dialogue de gestion entre les acteurs. Il a lieu au moins une fois par trimestre. Le dialogue de gestion est un cadre

d'échanges sur les stratégies et les moyens mis à la disposition des structures opérationnelles chargées de la mise en œuvre du programme offre de soins. Il est institué aux niveaux suivants:

- entre les Ministres/Présidents d'institution et Responsables de programmes ;
- entre le RP et les RBOP ;
- entre le RBOP et les RUOP ;
- entre le RUOP et les agents.

Le dialogue de gestion porte sur : la définition de la stratégie du programme, l'acte contractuel sur la performance, la répartition des moyens, les éventuelles difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des actions du programme, le point sur les résultats trimestriels et les actions correctives nécessaires en cas d'écart par rapport à la trajectoire.

X. DISPOSITIF DE SUIVI-EVALUATION

10.1. Mécanisme de suivi et d'évaluation

Commentaire [H4]: Vérifier l'existence d'instance de coordination dans le cadre de la mise en œuvre du budget programme (dialogue de gestion)
Prendre en compte les instances à tous les niveaux du système de santé

Le suivi-évaluation du programme sera axé sur les résultats préalablement définis.

Dans le cadre de ce programme, l'unité de gestion assure la coordination du dispositif du suivi-évaluation à travers son service planification et du suivi-évaluation. Il a pour tâches de :

- coordonner les travaux d'élaboration des documents de planification et de synthèse relatifs aux domaines d'activités du programme ;
- définir et suivre les indicateurs du programme ;
- organiser la collecte des informations relatives à la mise en œuvre du programme ;
- traiter et analyser les données et informations nécessaires au renseignement des indicateurs de performance du programme ;
- produire les rapports trimestriels, semestriels et annuels de suivi-évaluation du programme ;
- faire des évaluations internes ou externes qui pourront être conduites dans le cadre du programme ;
- capitaliser la mise en œuvre des actions du programme.

Au niveau central, les RBOP, les RUOP.

Les opérateurs et les projets et programmes en feront de même pour la planification et le bilan des activités mis en œuvre à leur niveau. L'unité chargée de la planification et du suivi fera un rapport consolidé de programmation à l'issue de la rencontre de programmation Budgétaire, des rapports bilans trimestriels, semestriels et annuels ainsi qu'un rapport annuel de performance qui seront transmis périodiquement à la DGESS/MS. Les rapports de programmation et de bilan annuel seront transmis en fonction des échéances du CASEM, du CSD et le rapport annuel de performance au plus tard en fin février de l'année suivante.

9.2. Analyse et la gestion des risques

Seront considérés comme risques les évènements susceptibles d'influencer négativement l'atteinte des résultats de la mise en œuvre du programme offre de soins. Il s'agit de l'insécurité, de l'environnement économique défavorable, l'expansion du faux et de la fraude, de la non adhésion des acteurs, et l'instabilité institutionnelle.

- ✓ **L'insécurité**

L'insécurité dans certaines zones peut empêcher l'offre de service de santé de qualité aux populations concernées. Pour y remédier, des actions seront organisées telles la sensibilisation des populations, en collaboration avec les services compétents pour une participation active de la population à la mise en œuvre des activités, la sensibilisation des professionnels de santé qui devront obéir à des consignes de sécurité notamment pendant les missions de terrain et le développement de stratégies d'offre de services intégrés dans les zones à sécurité compromise.

- ✓ **L'environnement économique défavorable**

La mobilisation des ressources conséquentes pour la mise en œuvre du présent programme dépend de la santé des économies nationale et internationale. Un environnement économique défavorable constituera un risque pour l'atteinte des résultats escomptés du programme. Pour minimiser ce risque, une gestion efficiente des ressources sera appliquée.

- ✓ **L'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 en charge du commerce et les structures douanières et sécuritaires pour s'assurer de la qualité des produits et des équipements importés.

- ✓ **La non-adhésion des acteurs**

L'atteinte des résultats du programme nécessite la participation d'autres acteurs à la mise en œuvre de la politique du secteur de la santé, notamment, les autres structures et institutions, le secteur privé et les partenaires. Leur non adhésion à la mise en œuvre de la politique peut compromettre l'atteinte des effets escomptés. Pour atténuer ce risque, des actions de communication, de sensibilisation et d'appropriation seront menées autour du programme afin de faciliter leur adhésion.

- ✓ **L'instabilité institutionnelle**

Les mutations institutionnelles engendrent fréquemment des reformes organisationnelles et la mobilité du personnel qui n'est pas de nature à garantir la stabilité, le suivi normal et la bonne exécution des actions programmées. Il conviendrait de mener des réflexions dans le sens de stabiliser les structures.

XI. MECANISME DE MOBILISATION DES RESSOURCES

Pour la mise en œuvre du programme, les ressources financières seront mobilisées selon la stratégie nationale de financement de la santé. Elles proviendront de l'Etat, des ménages, des partenaires techniques et financiers, du secteur privé, des collectivités territoriales et des organisations de la société civile (ONG, associations). La mobilisation de ces ressources tiendra compte des opportunités de financement qu'offrent les différents acteurs.

Le financement de l'Etat se fera à travers le budget de l'Etat.

Le secteur privé interviendra à travers le partenariat public privé. Le financement privé du POS peut être également appréhendé au niveau des structures privées de santé (formations, soins de santé, laboratoires…) qui développeront des services au profit des populations.

Les collectivités territoriales participeront au financement du programme grâce aux ressources mobilisées dans le cadre de la coopération décentralisée.

Les Organisations non gouvernementales et associations de développement (ONG, associations) participeront au financement du programme 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.

CONCLUSION

La stratégie d'offre de soins répond à une volonté du ministère de la santé de renforcer la qualité et l'offre de soins au Burkina Faso.

Son adoption offrira aux acteurs intervenant dans le domaine de l'offre de soins des orientations pour la conduite de leurs actions. Les différentes interventions dans le système de soins devraient concourir au :

- renforcement de la qualité et de l'utilisation des services de santé ;
- amélioration de la disponibilité des ressources humaines de qualité en santé ;
- renforcement en infrastructures, équipements, logistique roulante et maintenance ;
- renforcement de la contribution de la médecine traditionnelle et alternative à l'offre de soins de qualité ;
- renforcement de la contribution du secteur privé de santé à l'offre de soins de qualité.

L'opérationnalisation de cette stratégie passe par l'élaboration de plans stratégiques dans les différents domaines des soins. Cette stratégie servira d'outil de plaidoyer au responsable du programme budgétaire « offre de soins » pour la mobilisation des ressources nécessaire à sa mise en œuvre. Le programme budgétaire 146 complètera l'offre de soins à travers l'approvisionnement du système de soins en produits de santé et le développement des prestations paracliniques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. RGPH 2006
2. Décret n° 2009-08/PRES/PM/MATD/MS/ MEF/ MFPRE du 03 mars 2009 portant transfert de compétences et des ressources de l'État aux communes dans les domaines de la santé
3. La Politique nationale de santé 2011-2020
4. Le PNDS 2011-2020
5. Le PNDS révisé dans sa seconde phase 2016-2020
6. Le PNDES 2016-2020
7. La SCADD
8. Enquête module démographie et santé (EMDS). INSD 2015 (Données provisoires)
9. Annuaires statistiques, ministère de la santé 2018
10. Analyse de la situation sanitaire, 2010, MS
11. Plan stratégique de lutte contre le cancer

12. Transformation du ministère de la santé à l'heure du PNDES, GAR, budget programme, 2017-2020.
13. Paquets essentiels de services, ministère de la santé publique et de la population, république de Haïti.
14. Profile de l'agent de santé à base communautaire, 2014, MS
15. Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2016-2020
16. Institut for health metrics evaluation
17. Rapport de synthèse de l'enquête parlementaire sur le système de santé au Burkina Faso 2006-2016

ANNEXES

ANNEXE 1: Analyse FFOM

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Gouvernance	- Existence de documents de politiques (PNS, PNDS, loi hospitalière, politique pharmaceutique, politique de contractualisation etc.) et de normes ; - Opérationnalisation des différentes directions entrant dans l'offre de soins ; - Renforcement de la décentralisation du système sanitaire ; - Développement de la santé communautaire ; - Implication effective des	- Faible capacité gestionnaire des équipes des districts et des directions régionales ; - Absence de document de stratégie du secteur privé de santé ; - Dysfonctionnement des organes consultatif et de gestion en milieu hospitalier (comité thérapeutique, commission médicale d'établissement, commission des soins	- Existence des structures de contrôle et de veille (ASCE, cour des comptes, RENLAC) ; - Le PNDES a inscrit des objectifs en rapport avec les soins de santé à travers son axe 2.	- Corruption ; - Instabilité politique et institutionnelle ; - Catastrophes naturelles, - Crise économique internationale ; - Insécurité.

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	acteurs dans le développement du système de santé ; - Réforme hospitalière (FPH) ; - Mise en œuvre de la politique de contractualisation ; - Réforme institutionnelle de la Médecine traditionnelle (DMTA, Structures d'interface au CHR de Tenkodogo, CHUR de Ouahigouya et CHU de Tengandogo) ; - Existence des différents ordres professionnels ; - Existence de l'inspection technique des services de santé.	infirmiers, le conseil de discipline, les cadres de concertation) ; - Faible fonctionnalité des conseils de discipline - - Faible développement du partenariat entre les secteurs public et privé (mutualisation des ressources et des conventionnements) ; - Faible capacité des structures de contrôle et d'inspection à veiller au respect des textes ; - Tarification des actes non harmonisée dans les		

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		structures publiques de santé ; - Non implication des usagers pour une veille citoyenne exigeante de la qualité des soins - l'insuffisance de la documentation sur les pratiques médicales traditionnelles et alternative ; - - l'insuffisance de collaboration entre TPS et certains agents de santé.		
Les soins primaires,	- Existence de système de soins par niveau ;	- Non-respect des normes relatives aux prestations	- Existence de jumelage nord-sud,	- Corruption ; - Instabilité politique et

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
secondaires et tertiaires Les urgences médicales	- Existence de paquet d'activités standards par niveau de soins ; - Développement d'interventions spécifiques en faveur des groupes vulnérables ; - Adoption de la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire ; - Essor du secteur privé de soins ; - Mise en place d'un mécanisme de prise en charge des soins d'urgence dans les hôpitaux ; - Formation des médecins en chirurgie essentielle ;	de services dans le secteur privé ; - Rupture fréquente de MEG, - Insuffisance dans la prise en charge des urgences, - Faible mutualisation des ressources intra et inter-hospitalière ; - Insuffisance dans la prise en charge des urgences surtout obstétricales et chirurgicale au niveau périphérique ; - Paquet d'activités par niveau de soins non adaptés, - Faible résilience du	sud-sud ; -	institutionnelle ; - Catastrophes naturelles ; - Crise économique internationale ; - Insécurité.

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	- Création des instituts spécialisés (l'Institut National de santé publique l'institut burkinabè de cancérologie, l'institut national d'excellence en soins de santé centre national de référence en médecine physique et réadaptation, centre national de gériatrie) ;	système d'offre de soins face aux situations d'urgences et de catastrophes, - Non-application du plan de soins infirmiers dans les CHR/CHU, - Insuffisance de la prise en charge du nouveau-né (réanimation) - La normalisation des prestations est insuffisante et les prestataires sont qualifiés à vie - Absence de SAMU,		
Les prestations paracliniques	Disponibilité des réactifs homologués	- Insuffisance en personnel qualifié pour les	Formation au Burkina Faso des	

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	Existence d'un plan national qualité pour les LBM Projet de relèvement du niveau des plateaux techniques des formations sanitaires	prestations paracliniques - Faible couverture des formations sanitaires en prestations d'imagerie médicale - Ruptures fréquentes en réactifs et consommables - Immobilisation fréquente des équipements.	spécialistes en imagerie et en biologie médicale	
La médecine traditionnelle et alternative	- Création d'une direction de la médecine traditionnelle - L'homologation d'un certain nombre de phytomédicaments -Création d'interfaces dans les CHR	- L'absence d'opérationnalisation du système de référence et de recours entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle (Voir le chapitre médecine traditionnelle).	-Existence d'associations des TPS à tous les niveaux -Existence et l'accompagnement de certains PTF	- Insécurité - Crise de confiance

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		-		
Qualité et sécurité des soins	Existence de la stratégie nationale qualité des soins intégrés centrés sur la personne et le guide de sécurité des patients, des textes règlementaires (charte des usagers des services de santé etc)	- Le management des structures administratives et des établissements de santé n'est pas orienté qualité - La normalisation des prestations est insuffisante - L'organisation et la coordination des prestations médicales et techniques sont insuffisantes, - Les soins chirurgicaux ne sont pas continus et sont peu sécurisés, - La métrologie du matériel		Intérêt international pour les soins de santé primaires Existence des ordres professionnels Existence des sociétés savantes Existence d'association de patients

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		médico-technique est quasi inexistante, - Les outils qualités sont peu vulgarisés, - Le modèle de soins est faiblement orienté vers les personnes, - Le mécanisme de gestion des risques dans les structures de soins est insuffisant, - L'évaluation de pratiques professionnelles est insuffisante, - La gestion des déchets biomédicaux est insuffisante		
Ressources	- Recrutement et formation de	- Insuffisance en nombre et	- Appui des PTF	- Corruption ;

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
humaines pour la santé	spécialistes ; - Existence d'une direction de production des ressources humaines (DPRH) ; - Existence d'un plan de développent des RHS (2013-2020); - Existence des offres de formations professionnelles en santé (ENSP, Instituts, Université) ; - Existence du Projet de formation des spécialistes (PROFOS)	en qualité des RH ; - Inégale répartition des RHS ; - Faible mise en œuvre du plan global de développement des ressources humaines ; - Insuffisance dans la formation continue; - Absence d'outils de gestion des RHS (description de postes, de travail, tableau de bord, tableau prévisionnel des effectifs, le manuel de procédure) ; - Faible niveau d'instruction	pour la réalisation des études sur les RHS (OMS, Unicef, OAS, Banque mondiale, - Appui ponctuel en RH et transfert de compétences à travers la coopération chinoise.	- Instabilité politique et institutionnelle ; - Catastrophes naturelles ; - Crise économique internationale ; - Insécurité.

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		de certains ASBC;		
Infrastructures, équipements et maintenance	- Existence de structures en charge de l'équipement et de la maintenance (DIEM, SOGEMAB) ; - Projet de relèvement du niveau des plateaux techniques ; - Construction en cours des centres spécialisés.	- Insuffisance de la couverture en infrastructures sanitaires ; - Répartition inégale des formations sanitaires sur le territoire ; - Non encadrement des dons et des acquisitions en matière d'équipements ; - Insuffisance de ressources humaines qualifiées et de matériels; - Sous équipement des institutions de formation en laboratoire et en salle de travaux pratiques ;	- Existence de PPP ou de leasing dans le domaine des équipements et de la maintenance ; - Appui des communes et des conseils régionaux dans la construction et l'équipement de centres de santé	- Corruption ; - Instabilité politique et institutionnelle ; - Catastrophes naturelles ; - Crise économique internationale ; - Insécurité.

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		- Non-respect des contrats de maintenance et non disponibilité de pièces de rechanges ; - Répartition inadéquate et inéquitable des équipements dans les structures de santé, - Non-respect des normes en infrastructures et équipement, - Non-respect des critères d'implantation ; - La logistique roulante est insuffisante.		
L'information sanitaire	- Existence de structures en charge de l'information sanitaire (DGESS, DSIS) ;	- Insuffisance de la qualité des données sanitaires ; - Insuffisance de la	- Réalisation régulière de grandes enquêtes	- Cybercriminalité ; - Instabilité politique et institutionnelle ;

Eléments d'analyse	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	- Existence de la plateforme de collecte et de traitement de l'information sanitaire (Endos) ; - Parution régulière des annuaires statistiques, des bulletins d'information sanitaire, des tableaux de bord et des rapports de progrès ; - Existence du SNIS ;	diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire ; - Faible promptitude et complétude des rapports des structures privés de soins ; - Instabilité de la connexion internet ; - Insuffisance du matériel informatique et péri informatique ; - Faible développement de la télé santé, - Absence de système informatique intégré dans les hôpitaux.	nationales par l'INSD ; - Installation de la fibre optique pour la connexion haut débit.	- Catastrophes naturelles ; - Insécurité.

ANNEXE 2 : Résultats et stratégies

Axes d'intervention	Produits	Actions prioritaires
Renforcement de la qualité et de l'utilisation des services de santé	La qualité des soins offerts aux populations est améliorée	- Relecture des textes normatifs relatifs au paquet d'activités par niveau de soins, - Promotion de l'hygiène hospitalière et de la sécurité des patients, - Développement de la pharmacie hospitalière, - Organisation de la gestion des urgences médico-chirurgicales ; - Promotion du système de partage de risques (RAMU,…) ; - Mise en place de SAMU dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso ; - Stratégie de la gratuité des soins, - Renforcement du système de collecte et de destruction des DBM ; - Typologie des formations sanitaire par chaque niveau de soins ; - Utilisation des résultats de la recherche clinique au sein des hôpitaux ; - Gestion du système électronique des données.
Amélioration de la disponibilité des ressources humaines de qualité en santé	La disponibilité des ressources humaines en santé est améliorée	- Relecture des textes normatifs en matière de RHS par niveau de soins; - mise en place de mécanisme de motivation du personnel de santé ; - réglementation de la formation continue ; - définition/révision des curricula de formation initiale de certains profils ; - Evaluation des compétences du personnel de santé.
Renforcement en infrastructures, équipements, logistique roulante et maintenance	La disponibilité des ressources humaines en santé est améliorée	- Révision des normes en matière d'infrastructures et équipements par niveau de soins - Construction/réhabilitation des infrastructures - Renforcement des capacités des unités de maintenance des structures sanitaires (hôpitaux, DRS, DS) ; - Relèvement du plateau technique ; - Elaboration de normes en matière de logistique roulante ; - Intégration des services-après-vente dans les dossiers d'appel à concurrence ; - Élaboration d'un plan stratégique de maintenance,

		- Transfert de technologie et de compétence, - Renforcement de la logistique roulante.
Renforcement de la contribution de la médecine traditionnelle et alternative à l'offre de soins de qualité	La contribution de la médecine traditionnelle et alternative à l'offre de soins de qualité est renforcée	- Organisation de rencontre de concertation entre les acteurs de la médecine traditionnelle/alternative et la médecine conventionnelle, - Formation des acteurs de la médecine traditionnelle/ alternative, - Accréditation des pratiques de la médecine traditionnelle, - L'organisation des prestations de médecine traditionnelle/alternative, - Définition des mécanismes et outils de suivi évaluation des prestations
Renforcement de la contribution secteur privé de santé à l'offre de soins de qualité	La contribution secteur privé de santé à l'offre de soins est améliorée	- Amélioration de l'organisation/règlementation du secteur privé de santé, - Renforcement de l'inspection et le contrôle du secteur privé de santé ; - Mise en place d'un système de collecte des données ; - Mutualisation ; - Conditions d'utilisation du personnel de l'Etat.

ANNEXE 3 ; lien entre produits, actions prioritaires et actions du budget-programme

Produits	Actions	Actions du budget programme
La qualité des soins offerts aux populations est améliorée	- Relecture des textes normatifs relatifs au paquet d'activités par niveau de soins, - Promotion de l'hygiène hospitalière et de la sécurité des patients, - Développement de la pharmacie hospitalière, - Organisation de la gestion des urgences médico-chirurgicales ; - Promotion du système de partage de risques (RAMU,…) ; - Mise en place de SAMU dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso ; - Stratégie de la gratuité des soins, - Renforcement du système de collecte et de destruction des DBM ; - Typologie des formations sanitaire par chaque niveau de soins ; - Utilisation des résultats de la recherche clinique au sein des hôpitaux ;	5- la promotion des mécanismes de partage de risques en matière de santé ;

	- Gestion du système électronique des données.	
La disponibilité des ressources humaines en santé est améliorée	- Révision des normes en matière d'infrastructures et équipements par niveau de soins - Construction/réhabilitation des infrastructures - Renforcement des capacités des unités de maintenance des structures sanitaires (hôpitaux, DRS, DS) ; - Relèvement du plateau technique ; - Elaboration de normes en matière de logistique roulante ; - Intégration des services-après-vente dans les dossiers d'appel à concurrence ; - Élaboration d'un plan stratégique de maintenance, - Transfert de technologie et de compétence, - Renforcement de la logistique roulante.	1- la formation du personnel de santé ;
La disponibilité des ressources humaines en santé est améliorée	- Révision des normes en matière d'infrastructures et équipements par niveau de soins - Construction/réhabilitation des infrastructures - Renforcement des capacités des unités de maintenance des structures sanitaires (hôpitaux, DRS, DS) ; - Relèvement du plateau technique ; - Elaboration de normes en matière de logistique roulante ; - Intégration des services-après-vente dans les dossiers d'appel à concurrence ; - Élaboration d'un plan stratégique de maintenance, - Transfert de technologie et de compétence, - Renforcement de la logistique roulante.	2- la construction/ réhabilitation d'infrastructures sanitaires ; 3- l'acquisition et maintenance des équipements sanitaires ;
La contribution de la médecine traditionnelle et alternative à l'offre de soins de qualité est	- Organisation de rencontre de concertation entre les acteurs de la médecine traditionnelle/alternative et la médecine conventionnelle, - Formation des acteurs de la médecine traditionnelle/ alternative, - Accréditation des pratiques de la médecine traditionnelle, - L'organisation des prestations de médecine traditionnelle/alternative, - Définition des mécanismes et outils de suivi évaluation des prestations	7- La promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles.

renforcée		
La contribution du secteur privé de santé à l'offre de soins est améliorée	- Amélioration de l'organisation/règlementation du secteur privé de santé, - Renforcement de l'inspection et le contrôle du secteur privé de santé ; - Mise en place d'un système de collecte des données ; - Mutualisation ; - Conditions d'utilisation du personnel de l'Etat.	6- La promotion du sous-secteur sanitaire privé