



Ministère de la santé



Organisation
mondiale de la Santé
Burkina Faso

Profil sanitaire complet du Burkina Faso

Module 2

Systeme de santé du Burkina Faso

Mars 2017

Contenu	
Liste des tableaux.....	3
Liste des figures.....	3
Définition des sigles et abréviations	4
Avant-propos	6
Resumé.....	7
Remerciements.....	9
Methodologie.....	10
INTRODUCTION AU MODULE 2.....	11
CHAPITRE I : Système de santé.....	11
1.1 Résultats du système de santé.....	12
1.1.1. Vue d'ensemble et résultats systémiques.....	12
1.1.2. Priorités et perspectives	12
1.2 Leadership et gouvernance	14
1.2.1. Contexte du système de santé	15
1.2.2. Ministère de la santé et autres institutions impliquées dans la santé et les services sociaux	18
1.2.3. Élaboration de politiques et planification sanitaire	20
1.2.4. Réglementation, suivi et évaluation	20
1.2.5. Priorités et perspectives	21
1.3 Participation communautaire	22
1.3.1. Participation individuelle en tant que utilisateur et fournisseur	22
1.3.2. Mobilisation des communautés locales	23
1.3.3. Participation de la société civile.....	24
1.3.4. Priorités et perspectives.....	24
1.4 Partenariat pour le développement de la santé.....	24
1.4.1. Partenariat pour la santé et mécanismes de coordination.....	24
1.4.2. Harmonisation et alignement en ligne avec l'approche des SSP	25
1.4.3. Approches sectorielles	26
1.4.4. Partenariat public-privé et société civile.....	26
1.4.5. Coopération Sud-Sud.....	27
1.4.6. Priorités et perspectives.....	27
1.5 Informations sur la santé, preuve et connaissances	27
1.5.1. Le contexte	27
1.5.2. Organisation structurale de l'information sur la santé	29
1.5.3. Sources et production de données	29
1.5.4. Gestion de données.....	30
1.5.5. Accès aux évidences et aux informations en matière de santé	31
1.5.6. Stockage et diffusion des informations.....	31
1.5.7. Investissement dans le système d'information sur la santé	32
1.5.8. Utilisation des informations, des preuves et des connaissances	32
1.5.9. Utilisation des technologies de l'information et de la communication	32
1.6 Recherche.....	32
1.6.1. Organisation de la recherche en santé.....	33
1.6.2. Agenda national de recherche et développement.....	33
1.7 Financement de la santé	34

1.7.1. Organisation du financement de la santé	34
1.7.2. Modèles, tendances et flux de financement des dépenses de santé	38
1.7.3. Sources de financement	40
1.7.4. Mise en commun des fonds	41
1.7.5. Dispositions institutionnelles et relations avec les acheteurs	42
1.7.6. Mécanismes de paiement	42
1.7.7. Priorités et perspectives par rapport au financement	42
1.8 Organisation des services et l'offre de soins	43
1.8.1. Disponibilité des services de santé.....	44
1.8.2. Offre de services.....	44
1.8.3. Structure publiques et privées de soins de santé	45
1.8.4. Caractéristiques des services de soins de santé primaires	46
1.8.5. Transparence et redevabilité	46
1.8.6. Priorités et perspectives par rapport aux prestations	47
1.9 Ressources humaines en santé	47
1.9.1. Organisation et gestion des ressources humaines pour la santé	47
1.9.2. Modes de rémunération.....	48
1.9.3. Répartition des ressources humaines en santé	49
1.9.4. Formation	50
1.9.5. Planification des ressources humaines en santé	50
1.9.6. Priorités et perspectives.....	51
1.10 Produits médicaux, infrastructures et équipement	52
1.10.1. Produits médicaux.....	53
1.10.2. Infrastructures et équipements	55
1.10.3. Biologie clinique	55
1.10.4. Du sang.....	57
1.11 Couverture universelle	59
1.11.1. Cadre organisationnel du régime d'assurance maladie universelle	59
1.11.2. Stratégie de financement de la santé pour une couverture universelle.....	60
1.11.3. Autres initiatives en faveur de la couverture universelle	60
1.11.4. Obstacles à l'accès aux services de santé.....	60

Liste des tableaux

Tableau 1 : Mécanisme de protection du risque maladie	35
Tableau 2 : Quelques indicateurs des comptes de la santé de 2004 à 2015.....	39
Tableau 3 : Valeur indiciaire minimale et maximale: 2331	49

Liste des figures

Figure 1 : Carte sanitaire du Burkina Faso	17
Figure 2 : Schéma de l'organigramme du ministère de la santé.....	20
Figure 3 : Circuit des données de routine du SNIS.....	31
Figure 4 : Flux de financement du système de santé du Burkina Faso	38
Figure 5 : Circuit de l'approvisionnement pharmaceutique au Burkina (source DGPML) année.....	54

Définition des sigles et abréviations

Sigle :	Définition
AEP	: Accès à l'eau potable
ARV	: Anti retro viral
CDP	: Congrès pour la démocratie et le progrès
CENI	: Commission électorale nationale indépendante
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le développement
CPN	: Consultation prénatale
DGEP	: Direction générale de l'économie et de la planification
DGESS	: Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DMEG	: Dépôt de médicament essentiel générique
DOTS	: Directly Observed Treatment of Short course
DRH	: Direction des ressources humaines
EDS	: Enquête démographique de santé
EDS-MICS	: Enquêtes démographiques et de santé et à indicateurs multiples
EMDS	: Enquête modulaire démographie et santé
Endos-BF	: Entrepôt de données sanitaires du Burkina Faso
HTA	: Hypertension artérielle
IDH	: Indice de développement humain
IHME	: Institut for health metrics and evaluation
INSD	: Institut nationale de la statistique et de la démographie
IST	: Infection sexuellement transmissible
l'UEMOA	: Union monétaire ouest africain
MAAH	: Ministère de l'agriculture et de l'aménagement hydraulique
MENA	: Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation

Sigle :	Définition
MNT	: Maladie non transmissible
MPP	: Mouvement pour le progrès du peuple
ND	: Non disponible
ODD	: Objectif du développement durable
OMD	: Objectif du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONEA	: Office national de l'eau et de l'assainissement
ONG	: Organisation non gouvernementale
OOAS	: Organisation ouest africaine de la santé
OUA	: Organisation de l'unité africaine
PIB	: Produit intérieur brut
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNUD	: Programme des nations unies pour le développement
PTME	: Prévention de la transmission mère enfant
RGP	: Recensement général de la population
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
RSI	: règlement sanitaire international
SCADD	: Stratégie de croissance accélérée pour le développement
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
TBN	: taux brut de natalité
UPC	: l'union pour le progrès et le changement
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

Avant-propos

Le Ministère de la santé vient de mettre à la disposition des utilisateurs la 2e édition du profil sanitaire complet après celui de 2010.

Ce document vient en complément des différentes publications statistiques du Ministère pour faire une analyse des principaux indicateurs sur l'état de santé de la population en 2015 avec un focus sur le niveau d'atteinte des OMD ainsi que l'appropriation des ODD.

Les différents domaines du système de santé y sont appréciés de même que l'état de mise en œuvre des différentes politiques et stratégies en faveur de la santé de la population générale et des groupes cibles spécifiques.

Le niveau d'atteinte de certains indicateurs est encourageant. Cependant, force est de reconnaître que la situation sanitaire reste encore dominée par une morbidité et une mortalité élevée. Aussi, convient – il de noter que la situation socio-politique au cours de l'année 2015 n'a pas été sans effet sur l'évolution de certains indicateurs et la mise en œuvre de certains programmes.

Néanmoins, l'appui des partenaires techniques et financiers a permis de renforcer le système de santé en matière de soins curatifs, préventifs, promotionnels et de réadaptation, et d'amélioration de la couverture sanitaire.

Le présent profil sanitaire permettra entre autres, de mieux orienter la planification vers l'atteinte des objectifs nationaux du PNDES et des objectifs internationaux des ODD à travers une prise de décision basée sur des évidences statistiques. J'invite donc l'ensemble des acteurs à en faire un document de choix pour la mise en œuvre efficiente de leurs interventions.

J'adresse mes vives félicitations et mes remerciements à tous les acteurs ayant contribué à l'élaboration de ce document.

Résumé

Les grands défis de santé publique auxquels sont confrontés les pays de la Région africaine nécessitent une gestion efficace de l'information sanitaire afin d'assurer une réponse complète et adaptée ainsi qu'un suivi strict, de manière à garantir l'état de santé des populations. Depuis les années 1960, le ministère de la santé du Burkina Faso produit des données pour ses besoins de planification et pour informer ses utilisateurs sur les phénomènes en santé. Au fil du temps, les productions statistiques se sont accrues et aujourd'hui on dénombre bon nombre de sources statistiques tels que l'annuaire statistique, le tableau de bord, le bulletin d'information épidémiologique, les rapports des enquêtes (SARA, RGPMS, ENUT, COS, ENDIS, SONU, Rapport « GARP », Carte sanitaire etc.) et les rapports de suivi et d'évaluation des projets et programmes (rapport de progrès, rapport PTME etc...) qui démontrent la grande capacité de production de l'information sanitaire

Le suivi de la mise en œuvre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et son évaluation en 2015 ont montré la nécessité plus que jamais de disposer de bases factuelles pour la formulation de politiques et la prise de décision aussi bien dans la Région Africaine que dans les différents pays. De plus, il a permis de mettre en exergue le rôle de l'amélioration de l'information sanitaire et de la recherche dans le renforcement des systèmes nationaux de santé.

Le profil sanitaire complet décrit l'organisation et la gestion du système de santé ainsi que sa mise en œuvre à travers l'ensemble de ses composantes. Son élaboration repose sur l'utilisation de sources de données secondaires et l'exploitation de produits d'information existants. Il permet de décrire de manière détaillée et analytique la situation sanitaire. Il offre par ailleurs la possibilité de comparer les niveaux atteints de certains indicateurs à ceux d'autres pays de la sous-région. Le profil sanitaire complet propose également des brèves explications de la variation des données liées à un phénomène spécifique entre deux années de référence et identifie les raisons du changement.

Ainsi, le présent profil peint le faciès épidémiologique du pays pour l'année 2015 avec un clin d'œil sur le niveau de réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et un focus particulier sur l'appropriation des Objectifs de développement durable (ODD). Il est composé de six chapitres que sont (i) Introduction au contexte du pays ; (ii) Etat et tendance des indicateurs de santé ; (iii) Système de santé ; (iv) Progrès des objectifs de développement durable ; (v) Programmes et services spécifiques ; (vi) Déterminants clés de la santé.

C'est un outil recommandé par l'OMS et est indispensable pour le pays en prélude à la mise en place de l'Observatoire national de la santé. Son élaboration a connu un processus participatif avec l'implication des différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé.

Le document du profil pays a été organisé en 4 modules à savoir :

Module 1 : La situation socio-sanitaire du Burkina Faso et mise en œuvre des ODD ;

Module 2 : Le Système de santé au Burkina Faso ;

Module 3 : Les programmes et services spécifiques de santé au Burkina Faso ;

Module 4 : Les déterminants clés de la santé.

Remerciements

A l'issu de l'élaboration du présent document combien utile à notre système de santé, nous tenons à remercier très sincèrement les différentes parties prenantes qui n'ont ménagé aucun effort pour l'aboutissement du processus. Font partis de ceux-là les membres de l'équipe technique, les différents acteurs du Ministère de la santé, les acteurs des autres secteurs ministériel notamment le Ministère en charge de l'économie et du développement, celui en charge de l'environnement pour leur investissement dans tout le processus de rédaction du document.

Nos remerciements vont à l'endroit des partenaires techniques et financiers du Ministère de la santé en occurrence:

- l'OMS pour l'appui financier, technique et l'encadrement dans la concrétisation des différentes étapes du processus ;
- l'UNICEF, l'UNFPA, l'UE pour leur accompagnement durant tout le long du processus

Méthodologie

L'élaboration du profil sanitaire complet a suivi un processus participatif avec les différentes parties prenantes de la mise en œuvre de l'action sanitaire. Sous le coaching de l'OMS une personne ressource a été retenue pour appuyer l'élaboration du document. Les principales étapes de l'élaboration sont les suivantes :

- La définition d'une liste d'indicateur et d'un canevas de collecte sur la base de la taxonomie des profils sanitaires préliminaires et du canevas de l'élaboration du profil sanitaire complet proposé par l'OMS.
- La tenue d'une rencontre d'information sur l'élaboration du profil sanitaire avec les directeurs centraux et les partenaires techniques et financiers.
- L'amendement de la liste des indicateurs et du canevas de collecte par les commissions thématiques du PNDS.
- La mise en place d'un comité technique présidée par Monsieur le Secrétaire général du Ministère de la santé. Ce comité est composé des représentants des directions techniques du ministère et des partenaires techniques et financier.
- La rédaction des différentes sections du document a été réalisée par l'équipe technique
- La tenue d'un atelier d'amendement des différentes sections élaborées par l'équipe technique
- La tenue d'un atelier de validation

La période de référence de l'analyse a concerné 2010-2015. En ce qui concerne l'exploitation des sources de données, un arbitrage a été faite pour les différentes sources de données renseignant les mêmes indicateurs au cours de l'analyse. Les critères d'arbitrage entre les différentes sources de données ont été entre autres :

- Le type : il a été privilégié les sources de données nationales pour l'ensemble des indicateurs contenus dans le document. Toutefois, les sources de données internationales ont été utilisées soit pour des fins de comparaisons entre pays ou pour les indicateurs n'ayant pas d'informations disponibles au plan national.
- La couverture : une source de données fournissant des indicateurs sur l'ensemble de la population (enquête, recensement) sera préférée à une source de données institutionnelles (annuaires, tableaux de bords).
- La validité : l'information qui sera utilisée a été validée par la structure productrice.
- La fiabilité : la tendance dégagée des indicateurs est cohérente et compréhensible.
- La méthodologie de calcul de l'indicateur doit être appropriée et adaptée au besoin d'information.

INTRODUCTION AU MODULE 2

Le présent document aborde le module 2 portant sur le système de santé du Burkina Faso. Il livre une vue d'ensemble de la structuration, l'organisation et la mise en œuvre de l'action sanitaire en passant par la réglementation dans le secteur pharmaceutique. Les questions relatives à au financement de la santé, l'offre de soins de même que la gestion des ressources humaines y sont également abordées.

La mise en œuvre de la première phase du Plan national de développement sanitaire (PNDS) a permis d'engranger des progrès dans le secteur de la santé sans toutefois atteindre les cibles des OMD. En effet, le rapport 2016 de l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2020 montre entre autres résultats, des progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle, infantile, juvénile et infanto-juvénile. De 2010 à 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 129‰ à 81,6‰, le taux de mortalité néo-natale de 28‰ à 23,2 ‰, la mortalité infantile de 65‰ à 42‰ et la mortalité juvénile de 68 à 40,7‰. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 341 pour 100 000 naissances en 2010 à 330 pour 100 000 naissances en 2015. Par ailleurs, d'énormes défis restent à relever dont l'amélioration de l'équité dans l'accès aux prestations de services, le passage à l'échelle de la politique de contractualisation et du financement basé sur les résultats ainsi que la planification axée sur les résultats et la redevabilité mutuelle.

CHAPITRE 1 : SYSTÈME DE SANTÉ

L'OMS a défini six (6) piliers qui composent le système de santé qui sont : i) gouvernance et leadership ; ii) prestations de service ; iii) ressources humaines en santé ; iv) médicament et technologie de santé ; v) financement de la santé ; vi) information sanitaire et recherche. 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 nationale de santé (PNS) est mise en œuvre à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS). Après les premières générations de politique sanitaire nationale et du plan national de développement adoptés respectivement en 2000 et 2001, un processus participatif et inclusif a permis de disposer d'une politique nationale de santé qui a été adoptée en 2011. Cela fait suite à une analyse approfondie de la situation sanitaire dans le but de prendre en compte les changements intervenus au cours des dix (10) dernières années. Le PNDS 2011-2020 est le document qui opérationnalise cette politique.

1.1 Résultats du système de santé

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2011-2020, de la SCADD et des OMD, un dispositif de suivi et d'évaluation a été mis en place. Ce dispositif est organisé autour du comité national de suivi du PNDS et de ses six(6) commissions thématiques. A cet effet, un plan de suivi et d'évaluation a été élaboré. Il définit les indicateurs de résultats et d'impact qui permettent de mesurer périodiquement le niveau de réalisation des actions programmées. Le rapport 2016 de l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2020 a fait ressortir les résultats atteints au cours de la période 2011-2015. Entre autres résultats, on peut noter des progrès en terme de réduction de la mortalité maternelle, infantile, juvénile et infanto-juvénile. En effet, de 2010 à 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 129‰ à 81,6‰, le taux de mortalité néo-natale de 28‰ à 23,2 ‰, la mortalité infantile de 65‰ à 42‰ et la mortalité juvénile de 68 à 40,7‰. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 341 pour 100 000 naissances en 2010 à 330 pour 100 000 naissances en 2015. Cette progression n'a cependant pas permis d'atteindre ni la cible fixée par les OMD ni celle de la SCADD. Le niveau de fécondité reste élevé avec un indice synthétique de fécondité qui est passé de 6 en 2010 à 5,4 en 2015. La létalité du paludisme grave des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes est passée respectivement de 3% en 2011 à 1,4% en 2015 pour une cible < 1% et de 0,4% en 2011 à 0,2% en 2015 pour une cible < 1,12%. Concernant la propagation du VIH/SIDA, le Burkina Faso est sur une bonne trajectoire avec l'atteinte de cibles de certains indicateurs. En effet, la prévalence du VIH dans la population âgée de 15-24 ans qui était de 7,17% en 1997 est passé 0,3% pour une cible de 0,77% en 2015.

1.1.1. Vue d'ensemble et résultats systémiques

L'objectif général du PNDS 2011-2020 est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations. Pour atteindre cet objectif, huit orientations stratégiques ont

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

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

Sur le plan des ressources humaines, au cours de la période 2011-2015, l'effort de recrutement a été considérable avec pour conséquence un effectif total qui est passé de 19 000 à 26 127 agents, soit en moyenne plus de 1 000 recrutements par an. Les dépenses liées aux ressources humaines en santé sur le budget de l'Etat ont connu une augmentation conséquente de 51% entre 2011 et 2015. Le pourcentage de formations sanitaires (CSPS) remplissant les normes minimales en personnel est passé de 83,1% en 2010 à 94,8% en 2015 pour une cible de 90%. Sur la même période les ratios personnels/population sont passés de 1/22 063 à 1/15 518 pour les médecins (cible 1/18 000), de 1/5 151 à 1/4 243 pour les IDE (cible 1/5 000) et de 1/14 883 à 1/7 743 pour les sages-femmes (cible 1/10 000). En 2015, 14 CMA sur 45, soit 31% disposent d'au moins deux médecins formés en chirurgie d'urgence.

L'augmentation du nombre d'infrastructures sanitaires publiques est passée de 1897 en 2011 à 2060 en 2015 et il s'est accompagné d'une amélioration du rayon moyen d'action théorique qui est passé de 7,3 km en 2001 à 6,8 km en 2015 pour une cible de 6 km. Toutefois, il persiste encore des disparités en matière de couverture sanitaire aussi bien entre les régions sanitaires qu'à l'intérieur des régions. En 2015, l'étendue de l'écart entre la région la plus favorisée et la moins favorisée était de 9 km et atteint 15 km pour les districts.

La part du budget de l'Etat consacrée à la santé a régulièrement augmenté au cours de la première phase de mise en œuvre du PNDS sur la période 2011-2015, passant de 9,1% en 2011 à 12,6% en 2015. En moyenne, 7,5 milliards FCFA par an du budget du ministère de la santé sont transférés aux collectivités locales pour assurer le fonctionnement et des investissements dans les CSPS placés désormais sous leur responsabilité dans le cadre de la décentralisation.

Le budget de l'état, l'appui budgétaire sectoriel, le Fonds ou panier commun, les projets et programmes, le financement basé sur les résultats (FBR) constituent les mécanismes de financement du PNDS.

1.1.2. Priorités et perspectives

De nombreuses initiatives et réformes sont menées afin de répondre au défi de l'amélioration de la santé de la population avec le soutien de partenaires. Il s'agit de programmes de lutte contre des maladies spécifiques et d'actions visant au renforcement du système de santé dans son ensemble, notamment le développement en cours d'un sous système de santé communautaire, la transformation de centres de santé et de promotion sociale (CSPS) dans les chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux (CM), la transformation de la plupart des CSPS des villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso en CM, la transformation des centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) urbains en hôpitaux de district (HD), et la construction de nouveaux centres hospitaliers régionaux (CHR). La mise en œuvre harmonieuse de toutes ces activités ne peut se faire sans un leadership fort du gouvernement burkinabè dans la définition d'une politique de santé cohérente et la coordination efficace des apports de tous ses partenaires. Cependant, plusieurs goulots d'étranglement et contraintes entravent les actions du gouvernement et de ses partenaires et des organes d'exécution.

1.2 Leadership et gouvernance

Le système national de santé comprend le sous-secteur public, le sous-secteur privé et celui de la médecine et pharmacopée traditionnelles. Le leadership du ministère de la santé s'est manifesté au cours de l'exécution de la phase 2011-2015 du PNDS 2011-2020, dans la définition de politiques et de normes, l'adoption de lois et autres conventions relatives à la santé, l'accroissement de ressources en faveur de la santé grâce au développement du partenariat et la mise en œuvre du panier commun. Dans le domaine de la gouvernance, des progrès notables tant sur le plan organisationnel que fonctionnel ont été enregistrés. Un leadership efficace couplé à des organes de suivi actifs ainsi que le consensus des différentes parties prenantes autour du PNDS ont constitué d'ingrédients qui ont maintenu la mobilisation des différents actifs malgré un contexte politico-social mouvementé. Le Comité national de suivi du PNDS (CNS/PNDS) mandaté pour jouer aussi le rôle de Cadre Sectoriel de Dialogue (CSD) s'est révélé, sous le leadership du Ministre de la santé, être un élément essentiel dans le pilotage de la mise en œuvre du PNDS. Depuis 2012, le processus de revue du secteur de la santé a réussi à créer une synergie entre la revue sectorielle de performance de la mise en œuvre du PNDS et celle de la mise en œuvre de la matrice sectorielle (SCADD 2011-2015). Ces revues annuelles ont permis d'évaluer la performance du système national de santé à travers l'examen analytique de l'état d'exécution des mesures sectorielles et des recommandations ainsi que le niveau d'atteinte des indicateurs du PNDS et de la SCADD.

Le travail des commissions thématiques apporte une contribution incontournable dans le suivi de la mise en œuvre du PNDS, dans le processus de revue sectorielle, dans l'examen des documents stratégiques du ministère et dans les évaluations. La coordination du travail des commissions thématiques est réalisée par le DGESS,

sous le couvert du Secrétaire Général. Le DGESS par ailleurs préside en même temps une des commissions thématiques.

Les CTRS et les Conseils de santé de districts ont joué un rôle important dans le pilotage de la mise en œuvre du PNDS au niveau régional et au niveau des districts sanitaires. Pour potentialiser l'apport de leur contribution et dans le cadre de la redevabilité mutuelle, les réunions de ces organes devraient réserver suffisamment de place à l'analyse des performances pour mieux réorienter la planification opérationnelle.

La planification triennale, l'élaboration des CDMT et la planification annuelle se retrouvent effectuées par trois directions (DSEC, DSS, DFP) rattachées à la DGESS qui a repris en cours de parcours le rôle du SP/PNDS. Le renforcement en cours, des capacités de la DGESS doit être accéléré pour lui permettre d'assumer efficacement le rôle de coordination pour préserver la nécessaire cohérence entre les différents documents de planification pour la mise en œuvre du PNDS.

1.2.1. Contexte du système de santé

Le système de santé du Burkina Faso hérité de l'ère colonial a connu une grande évolution au fil des années avec parfois des ruptures assez nettes en terme de choix stratégiques. Au cours des années 1970, il était défini dans les plans quinquennaux de développement, une orientation précise pour la lutte contre les endémo-épidémies avec une organisation axée sur la protection de la santé des populations en zones rurales. Cette option se justifiait largement par le profil épidémiologique caractérisé par la prédominance de ces endémo-épidémies (lèpre, rougeole, méningite, trypanosomiase,...). Les stratégies adoptées privilégiaient la mise en place de centres fixes de soins et le développement d'équipes mobiles.

Le Burkina Faso à l'instar d'autres pays du monde, a souscrit à la mise en place des Soins de Santé Primaires (SSP) en 1978 à Alma Ata afin de remédier à la mortalité liée aux maladies endémo-épidémiques d'une part et satisfaire les besoins de nos populations d'autre part. Cette dynamique a amené le pays à se doter d'une Programmation Sanitaire Nationale (PSN) couvrant la période 1980-1990 dont la mise en œuvre a permis le développement progressif d'une organisation pyramidale.

Face à la persistance d'une morbidité et d'une mortalité toujours élevée, le Ministère de la Santé avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers s'est engagé dans une réforme de son système de santé basée sur la décentralisation avec la mise en place de districts sanitaires dans les années 1990. L'Initiative de Bamako a été retenue comme stratégie de base pour la revitalisation des formations sanitaires périphériques. En 2000, la communauté internationale a adopté la Déclaration du millénaire et les objectifs du millénaire pour le développement fixant 2015 comme date butoir pour atteindre les cibles. La politique sanitaire nationale a été révisée en 2011 pour prendre en compte les changements importants intervenus dans le monde et plus particulièrement dans la région africaine et au plan national.

Un certain nombre de réformes ont été conduites au cours de la période 2011-2015 dont notamment de (i) La décentralisation ou communalisation intégrale avec transfert des ressources, (ii) le renforcement de la santé communautaire, (iii) Le démarrage de la transformation des CSPS des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux et la création de nouveaux districts, (iv) la réforme hospitalière y compris l'instauration de la prise en charge des urgences sans prépaiement, (v) la réforme pharmaceutique, (vi) la mise en œuvre de la politique de contractualisation et le financement basé sur les résultats, (vii) la régulation du secteur de la santé, (viii) la stratégie nationale et les textes règlementant l'exercice de la « médecine traditionnelle » et de la pharmacopée nationale, (ix) l'adoption de la loi sur le régime d'assurance maladie universelle (RAMU).

L'organisation du système de santé prend en compte l'organisation des services administratifs et l'organisation des services de soins. Sur le plan administratif, le système de santé du Burkina comprend trois niveaux à savoir le niveau central, intermédiaire et périphérique ; le niveau central est composé des structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ; le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé ; le niveau périphérique est constitué de 70 districts sanitaires. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle du système national de santé. L'offre des soins est assurée par les structures publiques et privées. Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau comprend deux échelons : le premier échelon de soins est composé de Centres médicaux (CM), de Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), de dispensaires et maternités isolés. En 2015, on dénombrait au compte du sous-secteur public 1 698 CSPS, 43 CM, 12 maternités isolées et 119 dispensaires isolés¹

¹ Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso

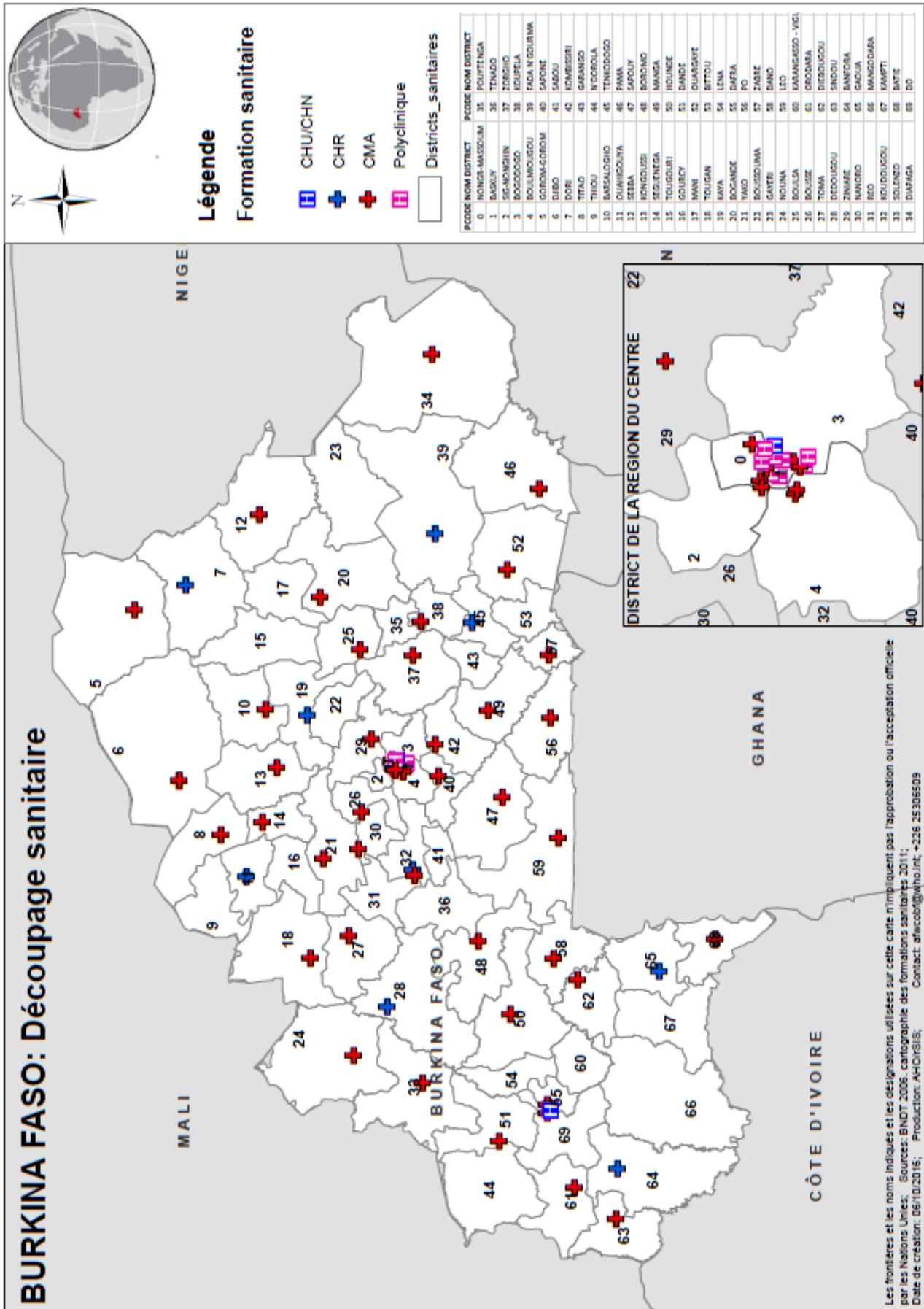


Figure 1: Carte sanitaire du Burkina Faso

Le deuxième échelon de soins est le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Il est le centre de référence des formations sanitaires du premier échelon du district. En 2015, le nombre de CMA fonctionnels était de 47 ; Le deuxième niveau de soins est représenté par le centre hospitalier régional (CHR) qui sert de référence pour les CMA. Il existe au total neuf (09) CHR dans le pays. Le troisième niveau est constitué par le centre hospitalier universitaire au nombre de quatre (04) en 2015 : les centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouédraogo, Pédiatrique Charles De Gaulle, Sourou Sanou et le CHU Blaise Compaoré. Ces structures constituent le niveau de référence le plus élevé. Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées (SSA), les infirmeries des sociétés et les services de santé de l'Office de santé des travailleurs. On dénombrait 435 structures privées de soins toutes catégories confondues dont 240 à Ouagadougou et 74 à Bobo-Dioulasso en fin 2015². En plus de ces structures, il y'a la pharmacopée, la médecine traditionnelle et la santé à base communautaire qui contribuent également à de l'offre services de santé à la population.

1.2.2. Ministère de la santé et autres institutions impliquées dans la santé et les services sociaux

L'organisation du ministère de la santé est régie par les dispositions du décret n°2015-663/PRES-TRANS/PM/MS du 22 mai 2015 et s'articule autour de deux structures principales que sont le cabinet du ministre et le Secrétariat général. Le cabinet du ministre comprend le directeur de cabinet, les conseillers techniques (CT), l'inspection technique des services de santé (ITSS), la cellule des chargés des missions, le secrétariat permanent du conseil national de santé (SP/CNS), le secrétariat particulier (SP), le service du courrier, le protocole du ministre, la sécurité et le comité national de bioéthique (CNBE).

En ce qui concerne le secrétariat général, il est composé des services du secrétariat général, des structures centrales, des structures déconcentrées, des structures rattachées et des structures de mission. Il dispose d'un bureau d'étude, d'un secrétariat particulier et d'un service central du courrier. Les structures centrales exercent leurs activités sous le contrôle direct du secrétaire général. Elles comprennent les structures d'appui et les directions générales.

Les structures d'appui comprennent la direction des ressources humaines (DRH), la direction de l'administration et des finances (DAF), la direction des marchés publics (DMP), la direction de la communication et de la presse ministérielle (DCPM), la direction des services informatiques et de la télésanté (DSITS), la direction des archives et de la documentation (DAD), la direction des examens nationaux de fin d'études des personnels paramédicaux et sages-femmes de la formation professionnelle (DEFP), la Direction du Développement institutionnel (DDI) et la Direction du contrôle et de la qualité des médicaments. Les directions générales comprennent la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de la

² Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso

pharmacie, du médicament et des laboratoires (DGPML), la direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS). Les structures déconcentrées concernent les démembrements du ministère au niveau régional.

Les structures rattachées du ministère sont les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers régionaux (CHR), l'office de santé des travailleurs (OST), le laboratoire national de santé publique (LNSP), la centrale d'achat des médicaments essentielle génériques et de consommables médicaux (CAMEG), la société de gestion de l'équipement et de la maintenance biomédicale (SOGEMAB), l'école nationale de santé publique (ENSP), le centre national de transfusion sanguine (CNTS), le centre national de recherche et de formation sur le paludisme (CNRFP), le centre MURAZ (CM) et le centre de recherche en santé de Nouna (CRSN).

Les structures de mission sont des structures créées pour exécuter des missions conjoncturelles ou temporaires du ministère de la santé. Elles comprennent les projets et programmes de développement, la cellule genre, la cellule environnementale et le comité ministériel de lutte contre le SIDA dans le secteur de la santé (CMLS/santé).

L'adaptation du dispositif organisationnel et managérial aux défis actuels (PPP, FBR, approche sectorielle, décentralisation et autres réformes) est réalisée à travers la relecture de l'organigramme du MS en 2016 par le décret N°2016 753/PRES/PM/MS avec la création de la direction de la logistique et des urgences médicales, la direction du contrôle de la qualité des médicaments et la direction du développement institutionnel.

Les différents cadres de concertation au niveau central que sont le CSD, le CASEM, le comité national de gestion des épidémies, le comité national de lutte anti-tabac, le Conseil national de concertation en nutrition (CNCN), Conseil d'administration des CHU ont été tenus. Au niveau déconcentré et périphérique, les CTRS, les CODI, les conseils d'administration des CHR, les Conseil de santé de district (CSD) sont fonctionnels.

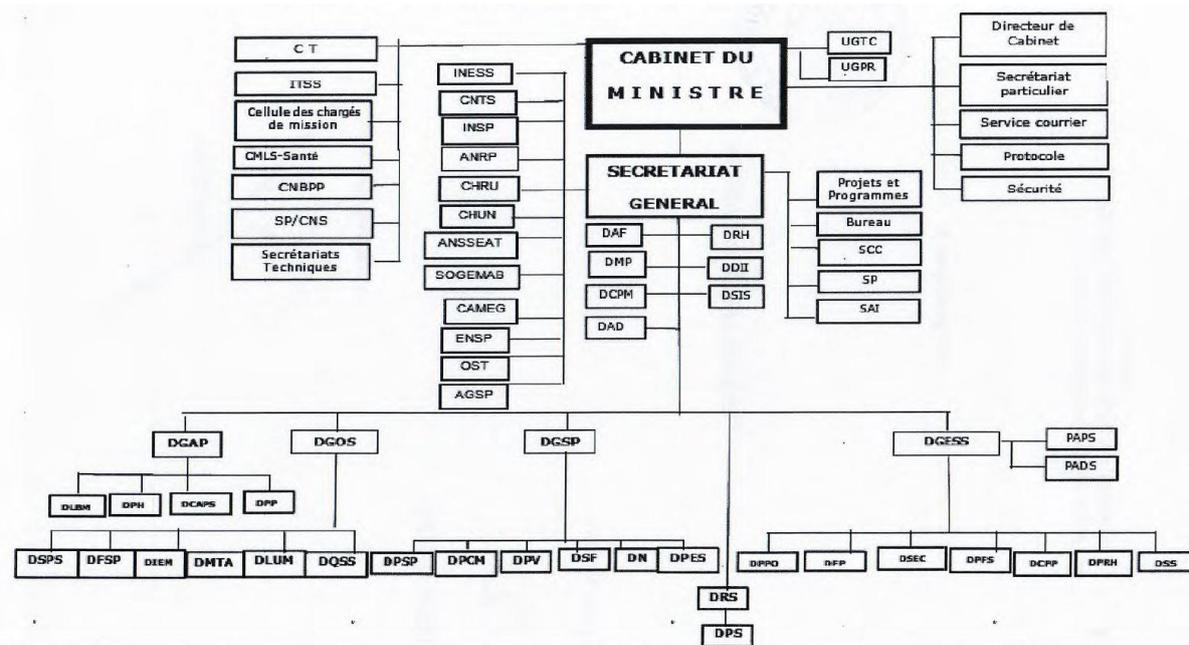


Figure 2 : Schéma de l'organigramme du ministère de la santé

1.2.3. *Élaboration de politiques et planification sanitaire*

Au plan national, le pays a adopté des textes traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations et qui sont, entre autres, le Code de la santé publique, le Code de l'hygiène publique, le Code des personnes et de la famille, le code de l'environnement et de l'eau, la politique nationale genre, la loi sur la santé de la reproduction et celle relative à l'infection à VIH. Les valeurs qui sous-tendent la présente politique nationale de santé et le Plan national de développement sanitaire 2011-2020 sont : l'équité, la justice sociale, la **solidarité, la redevabilité, l'éthique, la probité, le respect de l'identité culturelle des communautés** et des droits des patients ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance.

La planification pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2020 sera basée désormais sur l'approche Gestion axée sur les résultats (GAR) et se fera à travers le Budget-programme, une Planification triennale glissante et le CDMT.

1.2.4. *Réglementation, suivi et évaluation*

Le ministère de la santé à travers la DAF exécute les différents budgets mis à sa disposition par le ministère en charge des finances. Ce budget intègre la contribution des PTF. Les dépenses d'investissement occupent une grande part du budget alloué au ministère. Le suivi de la mise en œuvre du PNDS est régi par un plan de suivi et d'évaluation qui identifie les indicateurs de moyens, de résultats et d'impact. Les organes en charge du suivi du PNDS 2011-2020 étaient le Conseil supérieur de la santé (CSS), le Comité national de suivi du PNDS (CNS/PNDS) et ses

démembrements les commissions/groupes thématiques du PNDS, les comités régionaux de suivi du PNDS (CRS/PNDS), le Secrétariat permanent du PNDS (SP/PNDS), les conseils de santé de districts.

Les principaux instruments de suivi du PNDS ont été la revue sectorielle ainsi que les CASEM. Une évaluation à mi-parcours du PNDS et une autre selon la méthodologie Joint Assesment of National Strategy (JANS) ont été réalisées en 2016.

Un rapport sectoriel de performance de la mise en œuvre du PNDS a été produit chaque année et ainsi qu'un rapport sectoriel de performance dans la mise en œuvre de la matrice sectorielle de la SCADD. Ces revues ont été également l'occasion d'actualiser les priorités du secteur pour l'année en cours et d'identifier celles pour la prochaine période triennale. La participation de la revue est ouverte aux PTF, à la société civile, au secteur privé et aux autres Ministères qui interviennent sur les déterminants de la santé.

1.2.5. Priorités et perspectives

Sur le plan leadership et gouvernance, la problématique à laquelle il faudra porter une attention particulière au cours de la 2e phase du PNDS 2011-20 couvre les aspects suivants :

- l'amélioration de l'équité dans l'accès aux prestations de services ;
- le passage à échelle de la politique de contractualisation et du financement basé sur les résultats ;
- le dialogue et la collaboration intersectoriels ;
- la planification axée sur les résultats et la redevabilité mutuelle;
- la faible capacité gestionnaire des équipes des districts et des directions régionales et la faible coordination du système de soins au niveau des communes ;
- l'accessibilité financière des prestations de services aux plus vulnérables ;
- une plus grande intégration des sous-secteurs privé et traditionnel ;
- la régulation et la normalisation dans le secteur y compris la lutte contre la corruption, l'amélioration de la collaboration intersectorielle et de la coordination des interventions et
- le renforcement du système national de santé dans le contexte de la décentralisation

1.3 Participation communautaire

La vision de la santé communautaire s'inscrit parfaitement dans le processus de communalisation intégrale en cours au Burkina Faso, depuis 2006. La décentralisation a abouti en 2009 au transfert de compétences aux communes de l'ensemble des formations sanitaires du premier échelon à l'exception des centres médicaux (y compris le patrimoine). Les compétences transférées confèrent ainsi aux collectivités territoriales la responsabilité de la gestion des services de santé de base. Les comités villageois de santé ont été mis en place après la révision des textes. A ce jour aucune évaluation n'a été réalisée dans ce sens. Dans la mise en œuvre des services à base communautaire (SBC), la contribution des agents à base communautaire (ASBC) a été et reste importante. L'ASBC est une femme ou un homme sélectionné dans et par sa communauté. Tous les autres aspects qui concernent l'ASBC sont déclinés dans le document de profil de l'ASBC élaboré par le Ministère de la santé en 2014. En théorie, le paquet de services offerts par les ASBC sont les soins curatifs qui font intervenir les agents de santé et des connaissances sur la prise en charge des maladies, les soins préventifs et promotionnels qui agissent sur les facteurs de risque découlant des déterminants sociaux de santé et pour lesquels l'implication des populations et le volet administratifs et de gestion qui soutiennent la mise en œuvre des différents paquets de services.

La couverture géographique des SBC est caractérisée par la disparité entre les districts sanitaires d'une part et au sein des districts d'autre part. Les populations proches des formations sanitaires sont exclues par certains programmes. Au niveau de l'accessibilité financière, les SBC sont pour la plupart fournis gratuitement. Quelques-uns sont subventionnés et nécessitent une contribution des populations, dans le cadre de la distribution à base communautaire (DBC) des contraceptifs et des soins curatifs du paludisme, des IRA et de la diarrhée. Leur supervision reste globalement inégale ou absente et se fait en fonction des programmes verticaux de santé mis en œuvre au sein du Ministère de la santé. Dans la perspective d'améliorer la santé des populations à travers les interventions à base communautaire, le gouvernement a décidé du recrutement de deux ASBC par village, dès lors le processus de recrutement a été enclenché. A ce jour le recrutement est terminé et les ASBC ont bénéficié d'une formation sur les thèmes devant leur permettre de mener à bien leurs activités.

1.3.1. Participation individuelle en tant que utilisateur et fournisseur

La participation communautaire se situe d'abord au niveau individuel, cela se manifeste à travers l'utilisation des services de santé et aussi la contribution financière pour bénéficier des soins. La participation à l'échelle individuelle peut être appréciée à travers les différents indicateurs d'utilisation des services et du coût moyen des soins par habitant. Il est important de noter que le système actuel ne prend pas suffisamment en compte le niveau communautaire comme partie intégrante. Toute chose qui rend difficile, la coordination des interventions à base

communautaire et leur valorisation dans la dynamique d'amélioration de la santé. Les prestations de soins telles qu'assurées ne facilitent pas une pleine participation du patient et de la communauté à la recherche et au maintien de la santé. La communication soignant-soigné reste insuffisante et les soins sont quasiment centrés sur la maladie, omettant souvent de prendre en compte l'ensemble des déterminants pour aboutir à une santé durable. Certaines insuffisances constatées dans nos services tels que l'insalubrité, le faible développement du volet promotion sociale et la faible participation communautaire constituent aussi des facteurs défavorables à la santé.

1.3.2. Mobilisation des communautés locales

La mobilisation des communautés locales se manifeste à travers la participation des leaders communautaires et des crieurs publics, dans la mobilisation sociale lors des campagnes de masse, ce qui est une forme de contribution non négligeable à l'effort de santé. Ces personnes influentes ont également la capacité de faciliter l'adhésion des bénéficiaires qui sont réticents à l'adoption de certains comportements de bonne santé comme l'observance de traitements, le respect du calendrier vaccinal des enfants, la CPN, etc. L'implication des tradi-praticiens de santé est également non négligeable notamment dans le dépistage de certaines maladies comme les PFA et la tuberculose.

La construction de cases de santé, avec bien sûr l'aide d'associations ou d'ONG, dans certains districts comme ceux de Barsalogho, de Séguénéga et de Tougan, illustre bien la participation communautaire. Les équipes de santé sont très souvent assistées par des bénévoles dans l'organisation d'activités d'hygiène de l'environnement, dans les villages et au niveau des CSPS. Un autre élément de cette contribution communautaire est matérialisé par l'apport des associations issues de la société civile qui contribuent à la mise en œuvre des politiques de santé. Un système de partage de coûts a été instauré, dans quatre des cinq districts visités (Barsalogho, Koupéla, Ouargaye et Titao). Avec une cotisation financière individuelle symbolique de 25 à 50 francs par an, les populations contribuent à la prise en charge des urgences obstétricales, néonatales et non obstétricales. Un comité de pilotage composé de représentants des COGES ou des cellules d'urgences obstétricales et de quelques agents de santé assure la gestion du projet communautaire.

D'autres formes de contribution communautaire existent à travers le recouvrement de coûts des produits de la DBC et de la prise en charge communautaire du paludisme, de la diarrhée et des IRA. Par ailleurs, dans la perspective de mieux cibler les indigents, quelques aires de santé disposent également de comités de sélection des indigents (exemple de Ouargaye) afin de permettre à ces membres défavorisés de la communauté d'accéder gratuitement aux soins de santé. C'est un bel élan de solidarité qui est conforme aux principes d'équité et de justice sociale de la santé communautaire. En collaboration avec les COGES, ces comités facilitent l'accès aux soins aux moins nantis.

1.3.3. Participation de la société civile

La contractualisation est reconnue comme une bonne stratégie de développement qui est en adéquation avec l'esprit de la santé communautaire. Impliquant la société civile, elle permet aux organisations à base communautaire (OBC) retenues de relayer les agents de santé dans certaines activités. Cependant, des questions de fond se posent et constituent des obstacles à l'efficacité et à la pérennité de la contractualisation. Elles sont en partie d'ordre financier. Par exemple, les allocations sont toujours inférieures au besoin de financement des plans d'action des OBC, ce qui ne permet pas la réalisation des activités planifiées par ces organisations. Par ailleurs, la rigidité des critères de sélection des associations et l'insuffisance des ressources limitent le nombre d'OBC à recruter. La participation de la société civile souffre de l'absence de directives claires qui orientent la gestion saine des SBC et le choix biaisé de personnes influentes de la communauté ou de membres de leur famille pour jouer le rôle d'ASBC.

1.3.4. Priorités et perspectives³

Au regard des nombreuses insuffisances constatées dans la mise en œuvre des actions de santé communautaires, une priorité a été dégagée à savoir le développement et la mise en œuvre en œuvre une politique de Santé communautaire. Dans le cadre de la stratégie de promotion de la santé un programme a été proposé à savoir le « Renforcement de la participation communautaire et des IBC ». La mise en œuvre de ce programme renvoie à deux axes d'intervention à savoir l'accroissement de l'accès aux SBC de qualité et le renforcement de l'appropriation des interventions de promotion de la santé par les communautés.

1.4 Partenariat pour le développement de la santé

La Direction de la Coordination des projets et programmes (DCPP) du Ministère de la santé est chargée, entre autres, du suivi et de la mise en œuvre du partenariat pour le développement de la santé. Ce partenariat est formalisé sous la forme bilatérale, multilatérale et avec les ONG/Associations œuvrant dans le domaine de la santé.

1.4.1. Partenariat pour la santé et mécanismes de coordination

Le Gouvernement du Burkina Faso accorde une attention particulière à la coordination et à l'harmonisation des interventions des PTF. Les PTF ont pris conscience de la nécessité de coordonner leurs interventions et d'harmoniser leurs procédures au Burkina Faso afin de mieux participer au développement du système sanitaire. Ils sont organisés autour de la Troïka avec une présidence tournante. Des organes de coordination et de pilotage sont mis en place pour assurer le leadership du Ministère de la santé dans la mise en œuvre du PNDS. Ces organes sont structurés à plusieurs niveaux (politique, stratégique, opérationnel) et ont des

³ Ministère de la santé, Stratégie nationale de promotion de la santé au Burkina Faso 2014

missions spécifiques et complémentaires impliquant l'ensemble des acteurs actifs dans le secteur (Etat, Collectivités territoriales, secteurs public et privé, société civile, système des Nations unies, Coopération bilatérale et multilatérale, ONG). Ils assurent la concertation, la coordination, le suivi et l'évaluation du PNDS aux différents niveaux du système.

1.4.2. Harmonisation et alignement en ligne avec l'approche des SSP

L'harmonisation et l'alignement conformément à l'approche des Soins de Santé Primaires sont faits à travers la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique. La Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique est axée sur neuf (09) grands domaines prioritaires que sont : (i) Le leadership et la gouvernance pour la santé ; (ii) la prestation des services de santé ; (iii) les ressources humaines pour la santé ; (iv) le financement de la santé ; (v) Les systèmes d'information sanitaire ; (vi) Les technologies sanitaires ; (vii) L'appropriation et la participation communautaire ; (viii) Les partenariats pour le développement sanitaire et (ix) la recherche pour la santé.

La coordination s'opère entre le Gouvernement et les partenaires d'une part et d'autre part entre les agences du système des nations unies et les ONG à travers plusieurs mécanismes. La coordination entre le gouvernement et les partenaires vise entre autres à suivre et évaluer la mise en œuvre des PNDS ; assurer la liaison avec les organisations non gouvernementales, les agences de coopération bilatérales et multilatérales ; assurer la coordination inter-agences du système des nations unies et la coordination entre partenaires en général. En plus des grandes orientations nationales en matière de politique sanitaire nationale, le Burkina Faso a souscrit aux engagements suivants avec la communauté internationale:

- La Déclaration universelle des droits de l'Homme ;
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;
- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;
- La Convention relative aux droits de l'enfant ;
- La Déclaration d'Alma Ata sur la stratégie des soins de santé primaires ;
- La Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes ;
- La Déclaration du Millénaire pour le développement ;
- La Déclaration des Chefs de l'Etat de l'OUA : « Santé, base du développement » ;
- Les recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le développement du Caire ;

1.4.3. Approches sectorielles

De nombreux efforts sont fournis tendant à améliorer les systèmes de gestion de l'aide au développement afin de la rendre plus efficace. La plupart des agences de coopération internationale et des bailleurs de fonds bilatéraux, de même que de nombreux pays en développement dont le Burkina Faso, ont ainsi signé en Mars 2005 la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Celle-ci repose sur cinq (05) principes : l'appropriation, l'harmonisation, l'alignement, l'orientation vers les résultats et la responsabilité mutuelle. Sa mise en œuvre s'accompagne de grands changements tant au niveau de l'approche que des outils de coopération en général. Le Burkina Faso a approuvé en janvier 2010 son propre plan national d'actions sur « l'efficacité de l'aide au Développement – Déclaration de Paris ». La nouvelle orientation est que l'aide publique au développement doit désormais s'inscrire dans les priorités nationales énoncées dans la stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD 2011-2015) et son cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) élaboré par le Ministère de l'Economie et des Finances. En outre, l'appui budgétaire est devenu l'un des instruments de financement privilégiés pour le Gouvernement du Burkina Faso.

Afin de coordonner ces nombreuses coopérations et d'en tirer le meilleur profit, le Burkina Faso a adopté l'approche sectorielle comme stratégie de mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS). Cette approche sectorielle est gérée par des structures pérennes du Gouvernement du Burkina Faso et plusieurs outils financiers ont été développés afin de permettre la gestion de fonds extérieurs par les systèmes nationaux. Le Burkina Faso a développé son CDMT incluant l'exhaustivité des ressources disponibles pour financer le secteur et l'actualiser annuellement. Un « Fonds commun » a été mis en place et géré par le Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) et le secteur santé bénéficie d'un appui budgétaire sectoriel (ABS).

1.4.4. Partenariat public-privé et société civile

Outre les partenaires traditionnels du secteur santé, la prise de conscience du besoin de s'attaquer prioritairement aux problèmes de santé de l'ensemble de ce monde globalisé et de mettre en commun tous les efforts en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé, a fait naître au cours des dernières années une multitude d'initiatives et d'organisations actives dans le domaine de « la santé globale ». Beaucoup de ces initiatives dépassent d'ailleurs le strict cadre gouvernemental ou onusien et consistent en des partenariats public – privé (comme par exemple le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) ou des organismes purement privés (par exemple la Fondation Bill et Melinda Gates, très active en Afrique), qui ont chacun ses domaines d'intérêt et son propre mode de fonctionnement.

Contrairement aux Programmes d'ajustement structurel (PAS) 1991-2000, le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) 2000-2010 et la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) 2011-2015, considère

l'entreprise privée comme un véritable moteur du développement. Cette implication de l'entreprise privée a été reprise dans le PNDES 2016-2020.

Le partenariat Public-Privé est une approche innovante de financement qui a été privilégiée par le PNDES 2016-2020 ; en matière de santé, cette approche vise à construire des infrastructures sanitaires, équiper/renforcer le plateau technique des formations sanitaires et à renforcer la logistique de santé. Dans la même lancée, le sous-secteur sanitaire privé est appelé à jouer un rôle de complémentarité des actions publiques de santé. Une étude menée entre juin 2010 et février 2011, a dénombré 382 établissements sanitaires privés de soins (ESPS) fonctionnels dans le pays, représentant 20% des formations sanitaires totales. Ces ESPS emploieraient 1800 personnels de santé dont le tiers est constitué de vacataires le plus souvent issus du public. Neuf grossistes importateurs de produits médicaux, dont un à but non lucratif (la CAMEG), exercent dans un environnement où le marché illicite reste encore important, indique le rapport.

1.4.5. Coopération Sud-Sud

Dans le domaine de la santé, le Burkina Faso entretient une coopération Sud-Sud assez dynamique avec l'île de Cuba, la République Arabe d'Égypte et le Brésil en termes d'appui en ressources humaines (notamment en personnel médical spécialisé). Dans un passé récent cette coopération Sud-Sud a consisté à un appui en ressources humaines spécialisées en santé en provenance des pays comme le Nigéria et l'Algérie.

1.4.6. Priorités et perspectives

Les priorités en matière de santé au Burkina Faso sont orientées vers la résolution des problèmes prioritaires déclinés dans le PNDS à travers ses orientations stratégiques.

1.5 Informations sur la santé, preuve et connaissances

Au Burkina Faso, l'information sanitaire de même que les évidences et les connaissances ont connus des avancées notables ces dernières années.

L'amélioration de la performance du système national de santé passe par la mise en place d'un système national d'information sanitaire (SNIS) adapté. Le SNIS est le dispositif mis en place par l'Etat pour produire et diffuser l'information sanitaire nécessaire à la planification, au pilotage et au suivi-évaluation des politiques et programmes de santé.

1.5.1. Le contexte⁴

Le dispositif du SNIS doit être en mesure de s'adapter au contexte sans cesse évolutif des besoins du système de santé. Ce besoin d'adaptation continu a conduit

⁴ Ministère de la santé, manuel de formation sur le système national d'information sanitaire, 2015

le SNIS à des transformations institutionnelles et organisationnelles depuis sa mise en place. En effet, la coordination de ce système a été assurée successivement par :

- la Direction de la santé publique jusqu'en 1980,
- le Programme élargi de vaccination jusqu'en 1984,
- la Direction des études et de la planification jusqu'en 2009 ;
- La Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires jusqu' en 2012 et ;
- la DGESS depuis 2013.

L'augmentation des besoins en information sanitaire s'est intensifiée au cours de la dernière décennie conduisant à un renforcement du système statistique national (SSN) en général et du système national d'information sanitaire en particulier dont les principales actions sont entre autres :

- la création des Centres de surveillance épidémiologique (CSE) en 1989, devenus Centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (CISSE) à partir de 1991;
- la création de la filière de formation des attachés de santé en épidémiologie à l'Ecole nationale de santé publique (ENSP) en 2001;
- le renforcement de la disponibilité des statistiques sanitaires par la production des annuaires, des tableaux de bord de la santé, de la carte sanitaire et des comptes nationaux;
- les divers appuis au renforcement du SNIS à travers les actions de renforcement du système de santé par des organismes tels que GAVI, le Fonds mondial et le Réseau de métrologie sanitaire (HMN) ;
- la création de la Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS) en 2009.
- A partir de 2013, la Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS) et la Direction des services informatiques et de la télésanté (DSITS)

Pour un suivi efficace de la mise en œuvre du PNDS 2011-2020 révisé, le suivi de certains engagements internationaux, un plan stratégique 2011-2020 du SNIS a été élaboré. Le défi actuel du SNIS est de fournir des évidences de qualité pour la planification, prise de décision au plan national et international.

1.5.2. Organisation structurale de l'information sur la santé

Le système national d'information sanitaire est organisé à l'image de la pyramide sanitaire à trois niveaux.

Un niveau central de traitement, d'analyse, de diffusion et d'archivage de l'information sanitaire. Au niveau central, la gestion de l'information sanitaire est sous la responsabilité de la DGESS à travers la Direction des statistiques sectorielles (DSS) dont la principale mission est de coordonner le système national d'information sanitaire (SNIS).

Un niveau intermédiaire d'agrégation des données coordonné par la direction régionale de la santé qui dispose d'un Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique. A ce niveau, on retrouve également les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers universitaires qui possèdent chacun un service de planification et d'information hospitalière ainsi qu'un service d'information médicale. Le niveau intermédiaire a pour mission la coordination, la compilation et la centralisation de l'information sanitaire dans l'espace régional.

Un niveau périphérique : qui assure la collecte des données de base, l'agrégation, le traitement, l'analyse et la retro information. Le niveau périphérique ou opérationnel est composé des formations sanitaires des districts (CSPS/CM, CMA et de l'équipe cadre de district y compris le niveau communautaire). Le centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (CISSE) du district assure l'exécution technique de ces activités. Le responsable du CISSE du district sous la responsabilité du médecin-chef du district coordonne l'ensemble des actions et assure la tutelle des activités du SNIS.

1.5.3. Sources et production de données

La production des données se fait à travers l'ensemble des six composantes du SNIS que sont le sous-système de rapports de routine des services de santé ; le sous-système d'information pour la surveillance épidémiologique ; le sous-système d'information pour la gestion des programmes ; le sous-système d'information pour l'administration et la gestion des ressources ; le sous-système des enquêtes et des études périodiques et le sous-système d'information à assise communautaire.

Les données du SNIS proviennent de tous les niveaux du système de santé, des structures rattachées et d'autres instituts et département ministériel.

Au niveau du secteur de la santé, les données sont issues de l'activité des structures sanitaires ; du monde communautaire des centres et instituts de formation et de recherche et de l'administration. Ces données proviennent des outils primaires (registres, dossiers patient, fiche/questionnaire d'enquête cahiers de gestion etc.) les outils de rapportage tels que les rapports périodiques d'activités (Télégramme lettre officiel hebdomadaires, rapports mensuels d'activité, rapports trimestriels...), les

rapports d'études, d'investigation ou recherche (rapports des centres de recherches, rapport programmes, directions centrales ou autres partenaires).

Les autres départements ministériels constituent également des sources de données pour le SNIS. Il s'agit principalement des départements en charge des finances, de l'agriculture de l'eau, de l'environnement. Par ailleurs l'institut national de la statistique et de la démographie, fourni les indicateurs à travers les opérations tels que le recensement général de la population et de l'habitation (RGPH), les enquêtes modules démographique et santé (EMDS) et d'autres enquêtes spécifiques.

1.5.4. Gestion de données

A chaque niveau un agent est désigné pour la gestion des données :

- L'infirmier chef de poste, le coordonnateur ou surveillant d'unité dépouillent les sources primaires, pour élaborer des rapports périodiques pour transmettre à l'échelon supérieur.
- Les responsables des centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique et les responsables des services d'information médicales des centres hospitaliers saisissent les bases de données ou transmettent à l'échelon supérieur. Ils assurent également un contrôle de la qualité et un feed-back.
- Les gestionnaires de données des directions centrales des programmes contrôlent la qualité des données et assurent un feed-back.
- Les chargés de suivi des OBC contractuels compilent les rapports des animateurs, transmettent FS concernées les rapports et saisissent dans la base de données
- Dans les instituts ou centre de recherche les données sont gérées selon des procédures internes propres chaque structure.

Le circuit des données de routine du SNIS est matérialisé comme suit :

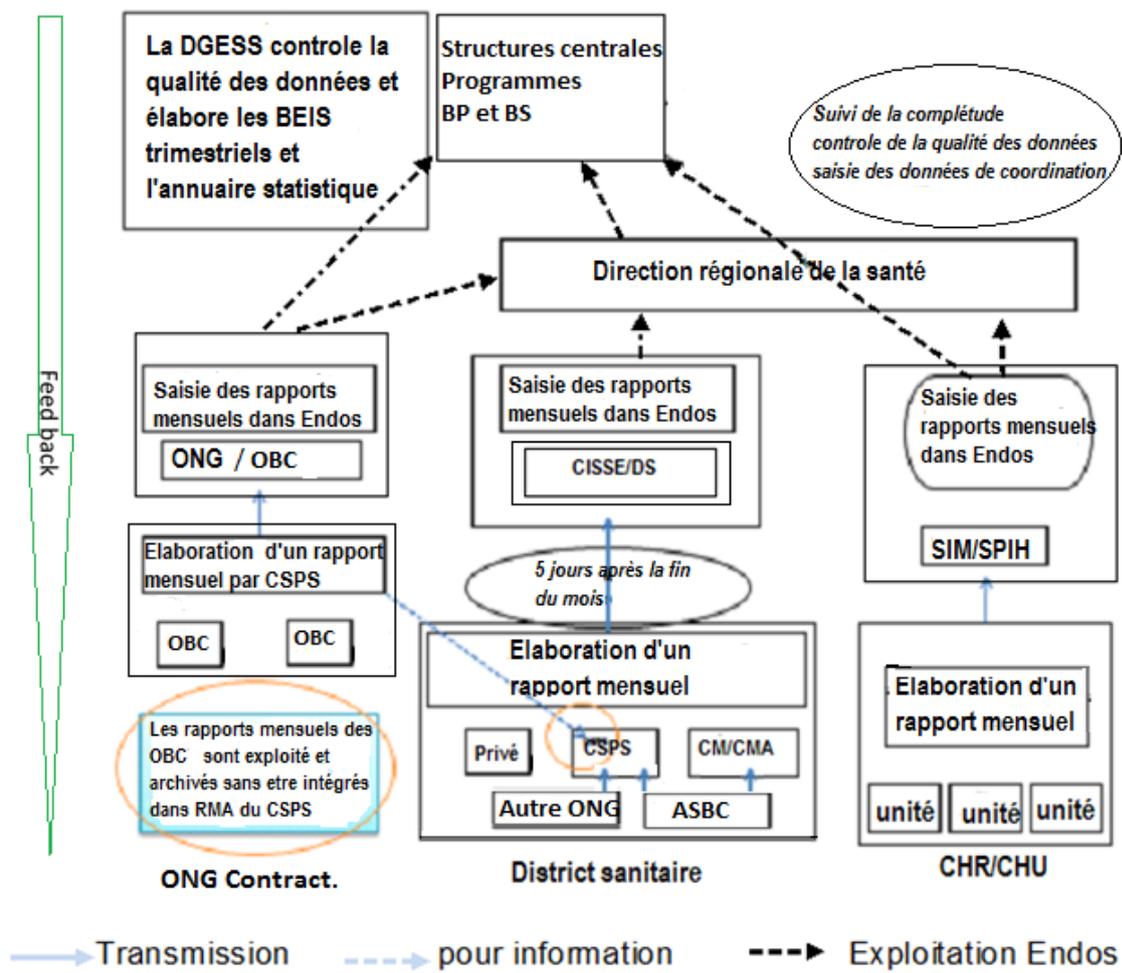


Figure 3 : Circuit des données de routine du SNIS

1.5.5. Accès aux évidences et aux informations en matière de santé

L'accès aux informations sur la santé se fait conformément aux procédures réglementaires en vigueur. Les informations confidentielles (dossiers patients...) sont accessibles aux personnes autorisées, les bases de données sont protégées. Les données agrégées sont accessibles aux utilisateurs, partenaires ou toute autre personne qui en exprime le besoin. Les gestionnaires de données avec l'autorisation de leur supérieur hiérarchique, fournissent les informations nécessaires aux demandeurs. Les informations, les évidences et les connaissances en matière de santé font l'objet de publications accessibles aux demandeurs à divers niveaux (centres de recherche, bibliothèques, portail web, directions et programmes).

1.5.6. Stockage et diffusion des informations

Le stockage des informations et des évidences se fait en version numérique (serveurs, disques durs externes, ordinateurs) et en version papier dans des armoires et autres boîtes à archives. Le ministère de la santé dispose d'une direction chargée de la gestion des archives. un guide d'archivage des données a été élaboré par la DSS en collaboration avec la direction des archives en 2016. Ce guide est soumis à l'amendement des techniciens des Archives nationales. Les informations et

évidences sont diffusées à travers certaines publications (annuaires statistiques, tableaux de bord, bulletins, rapport d'études) sur les sites web du ministère de la santé, de l'INSD, des institut et centres de recherche et du conseil national de la statistique. Les journées scientifiques organisées chaque année sont également une tribune pour la diffusion des évidences en matière de santé. Aussi, des mailing list et des CD/DVD sont –ils utilisés pour la diffusion des différentes productions statistiques.

1.5.7. Investissement dans le système d'information sur la santé

Un certain nombre de partenaires ont apporté leur appui au système d'information sanitaire en 2015, il s'agit notamment de l'OMS, l'Unicef, de l'université d'Oslo, l'Union européenne, le Fonds Mondial, la Banque Mondiale, l'alliance GAVI, le CDC Atlanta, l'USAID, la London school of tropical medecine... De plus l'Etat a investi dans le capital humain avec le recrutement et la formation d'attachés de santé en épidémiologie chaque année pour la gestion des données du SNIS à tous les niveaux du système de santé.

1.5.8. Utilisation des informations, des preuves et des connaissances

Les informations produites sont utilisées à tous les niveaux pour la planification, et la prise de décision. Elles permettent également de réorienter et ou d'abandonner certaines stratégies au profit d'autres qui ont fait leur preuves (chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants, TPI chez les femmes enceintes).

1.5.9. Utilisation des technologies de l'information et de la communication

Les technologies de l'information et de la communication sont utilisées à tous les niveaux pour la gestion de l'information sanitaires. En effet, depuis 2013 le Burkina a implémenté le DHIS 2 (Endos-BF) dans tous les districts sanitaires et centres hospitaliers. Les données rapportées sont saisies dans cette base en ligne et sont disponibles en temps réel à tous les niveaux. Les données des TLHO sont transmises par téléphone par les Formations sanitaires chaque semaine à la direction de la lutte contre la maladie via les districts sanitaires et les directions régionales. D'autres stratégies sont en cours d'expérimentation dans des districts pilotes : il s'agit principalement du registre électronique de consultation (REC) pour la prise en charges intégrée des maladies de l'enfant ; le Rapidsms pour la transmission des données d'alerte précoce, le mHealth, le mMentoring etc.

1.6 Recherche

La recherche dans le domaine de la santé est une priorité pour le Ministère de la Santé ; Elle est retenue comme une orientation stratégique du PNDS. C'est ainsi que le pays s'est doté d'un plan national de développement de la recherche pour la santé 2011-2020 en cours d'exécution.

1.6.1. Organisation de la recherche en santé

Depuis l'adoption du plan stratégique de la recherche scientifique en 1995, les capacités institutionnelles de recherche pour la santé ont été renforcées. Au niveau du département de la santé, on distingue des institutions qui ont la recherche comme mission principale (Centre Muraz, Centre national de recherche et de formation sur le paludisme, Centre de recherche en santé de Nouna,) et des structures de santé qui ont aussi la recherche dans leurs attributions (Laboratoire national de santé publique, Centres hospitaliers universitaires, Centres hospitaliers régionaux, etc.). A cela s'ajoute l'institut de recherche en science de la santé et la Faculté des sciences de la santé de l'université de Ouagadougou, l'école national de santé publique etc. La capacité en matière de recherche pour la santé s'est renforcée avec l'allocation de ressources financières aux institutions de recherche par le budget de l'Etat et la création du Fonds d'appui à la recherche en santé (FARES). Toutefois, l'allocation tardive et faible (taux d'allocation de 50% en 2015) des ressources de l'état, la forte dépendance vis-à-vis des financements extérieurs et l'absence de ressources nécessaires dédiées au fonctionnement du FARES ont été les principaux problèmes observés de 2011 à 2015. Plusieurs canaux sont développés ou soutenus par le Ministère de la santé pour la diffusion des résultats de recherche. L'utilisation des résultats de recherche pour la prise décision, le faible niveau de coordination des centres de recherche et la promotion insuffisante des activités de recherche dans les hôpitaux restent des défis importants à résoudre. D'autres insuffisances résident dans l'utilisation des résultats de recherche pour la prise décision, le faible niveau de coordination des centres de recherche et la promotion insuffisante des activités de recherche dans les hôpitaux restent des défis importants à résoudre

1.6.2. Agenda national de recherche et développement

Les domaines prioritaires de recherche définis dans le plan de développement de la recherche pour la santé concernent⁵ les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, l'environnement et la santé, la pharmacie, le laboratoire et les produits biologiques, la gestion du système des soins, la santé de la reproduction et la gestion de la recherche pour la santé. Plusieurs projets de recherche en santé sont mise en œuvres dans les centres et instituts de recherche comme le Centre Muraz, le centre de recherche de Nouna, le centre de recherche et de formation sur le paludisme et l'institut de recherche en science de la santé :

- Projet développement du vaccin contre le paludisme RTS,S (en phase III)
- Promotion de la santé en milieu rural au Burkina Faso : valorisation de la stratégie des paires-conseillères pour améliorer la survie de l'enfant en zone rurale du Houet (PROMISE-VAL)

⁵ Ministère de la santé, Plan national de la recherche pour la santé 2011-2020

- Saving Brains in Burkina Faso and Uganda: a cluster-randomized trial of the EBF-promotion on neurocognitive function among 6-7 year-old children in Burkina Faso & Uganda (PROMISE-SB) 2012-2015
- Promote Research Uptake in Decision-making through Evidence Synthesis in Burkina Faso (PRUDES-BF)
- Projet Interuniversitaire Ciblé sur les Personnes Âgées au Burkina Faso (PİC-PABF)

1.7 Financement de la santé

Le financement est l'opération qui consiste à obtenir des ressources monétaires nécessaires à la réalisation d'un projet. Selon l'OMS, le financement de la santé comprend trois fonctions interdépendantes à savoir la collecte des fonds, la mise en commun des ressources et l'achat des interventions sanitaires. Ces fonctions impliquent des interactions complexes entre une série d'acteurs.

1.7.1. Organisation du financement de la santé

Le financement du secteur de la santé au Burkina comme dans la plupart des pays en développement repose principalement sur cinq principaux acteurs constitués des ménages à travers les paiements directs, des apports extérieurs bilatéraux et multilatéraux, du budget de l'Etat, des ONG et Fondations internationales, des assurances et les entreprises.

La couverture de l'assurance maladie étant faible, les ménages restent la principale source de financement, notamment à travers les débours directs qui représentent encore environ 34,2% de la dépense totale de santé en 2015. Il faut souligner que cette couverture d'assurance maladie relève essentiellement du secteur privé. Néanmoins, l'Etat assure la subvention d'un certain nombre de prestations.

Tableau 1 : Mécanisme de protection du risque maladie

N°	Mécanisme	Cibles	Rubriques	Observations
	Gratuité de la vaccination	Enfants de 0 à 15 mois	Actes, vaccins et consommables (BCG, Penta, VAR, VAA, Pneumo 23, rotavirus), outils et supports de gestion	Pas de contribution des ménages
		Femmes enceintes	Actes, vaccin et consommable (VAT)	
		Agents de santé, étudiants médecine	Actes, vaccins et consommables (Hépatite B, Meningo AC)	
	Campagnes de vaccination contre la poliomyélite et déparasitage	Enfants de moins de cinq ans	Distribution gratuite de vaccin polio et de médicaments anti parasitaire	Pas de contribution des ménages
	Gratuité de la consultation prénatale	Femmes enceintes	Acte, Fer+acide folique, antipaludiques, MILDA, carnet de suivi de la grossesse	Maladies dépistées pendant la CPN sont à la charge de la patiente Ruptures fréquentes en médicaments et bandelettes urinaires
	Subvention des produits contraceptifs	Femmes en âge de reproduction (15 à 49 ans)	Médicaments contraceptifs Actes de consultation et de pose du produit	Contribution des bénéficiaires Subvention ne couvre pas le coût des actes, mais le tarif de l'acte n'est pas recouvré chez la patiente

N°	Mécanisme	Cibles	Rubriques	Observations
	Traitement de masse contre les maladies tropicales négligées	Population totale	Médicaments contre la filariose lymphatique, la schistosomiase, le trachome	Pas de contribution des ménages. Campagnes régionales de traitement gratuit de masse, stratégie porte à porte
	Chimioprophylaxie saisonnière contre le paludisme	Enfants de moins de cinq ans	Médicaments distribués gratuitement porte à porte	Pas de contribution des ménages. Mécanisme couvrant 17 districts sanitaires en 2015
	Dotation de kits pour le palu grave (lever l'urgence)	Enfants de moins de cinq ans Femmes enceintes	Médicaments d'urgence, TDR palu	Contribution des ménages pour les autres frais de santé. Ruptures fréquentes
	Dotation de médicaments pour la prise en charge de la malnutrition aigüe	Enfants de moins de cinq ans Femmes allaitantes PvVIH	Aliments thérapeutiques, médicaments de traitement systématique	Contribution des ménages pour les autres frais à la charge du malade (examens, actes) NB : financement des PTF
	Subvention accouchements et SONU	Femmes enceinte en travail d'accouchement ou devant bénéficier de SONU	Actes, médicaments, examens, hospitalisation, carburant	Contribution des ménages (20 à 40%) Retards de remboursement des formations sanitaires
	Gratuité ARV	PvVIH Femmes enceintes infectées par le VIH	Actes, ARV, cotrimoxazole, examens biologiques limités	Contribution des ménages pour les autres frais : Coût de la charge virale supporté par le patient

N°	Mécanisme	Cibles	Rubriques	Observations
	Gratuité du sang	Population totale	Poche de sang, réactifs de test de validation ou rejet des poches, transfuseurs, collation pour le donneur	Contribution des ménages pour les autres frais : examens avant transfusion à la charge du malade (examens, actes)
	Prise en charge gratuite des tuberculeux	Population totale	Actes, médicaments, hospitalisation, alimentation	Problème du carburant pour la référence et coût du séjour pour les patients multi résistants devant être suivis au CHU
	Dotations ponctuelles de produits de santé dans les situations d'épidémie (méningite, diarrhées sanglantes, choléra, Ebola, rougeole...)	Population totale	Médicaments, consommables,	Contribution des ménages pour les autres frais à la charge des patients : examens, hospitalisation
	Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)	Toute la population	Actes, médicaments, examens, hospitalisation, alimentation	Le mécanisme n'est pas encore opérationnel. Il vient d'être lancé avec le vote de loi portant régime d'assurance maladie universelle en septembre 2015

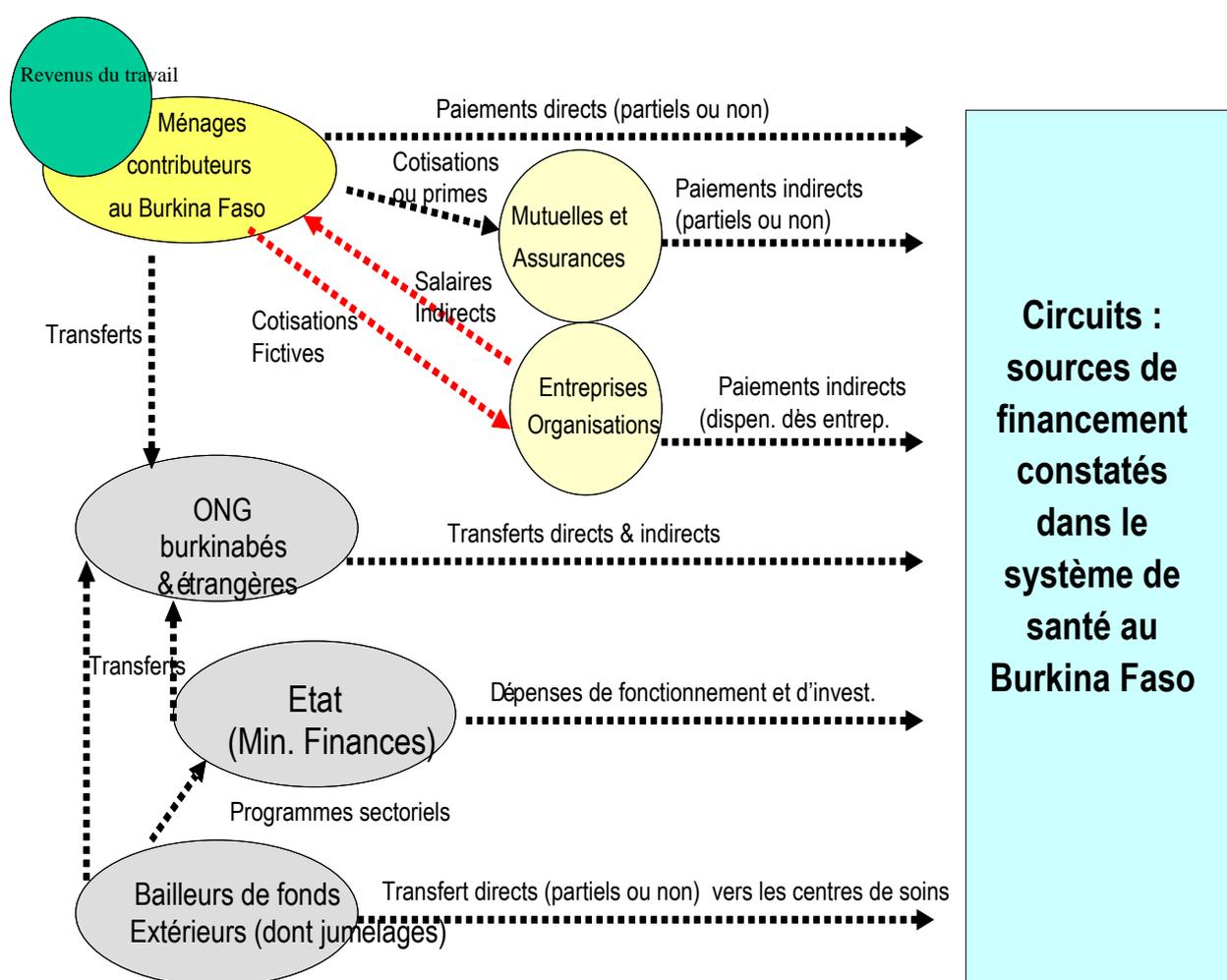
La contribution de l'Etat et celle des partenaires techniques et financiers au financement de la santé ont été estimées respectivement à 26,6% et 26,8%. La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est restée stable entre 2014 et 2015. Des efforts restent à faire par le Burkina pour respecter l'engagement pris par

les Chefs d'Etat de la CEDEAO pour allouer au moins 15% du budget de l'Etat au secteur de la santé.

On note également une légère amélioration de la contribution des ONG/Associations et des entreprises dans le financement de la santé ces deux dernières années. Leur contribution dans la dépense courante de santé est passée de 9,2% en 2014 à 9,5% en 2015.

1.7.2. Modèles, tendances et flux de financement des dépenses de santé

Le modèle du flux du financement de la santé au Burkina Faso est représenté par la figure ci-dessous :



Source : Rapport des comptes de la santé Burkina 2011-2012

Figure 4 : Flux de financement du système de santé du Burkina Faso

La dépense totale de santé (DTS) est passée de 172,5 milliards de FCFA en 2004 à 379,8 milliards en 2015 soit un accroissement de plus de 120% sur la période. La dépense courante de santé connaît une croissance régulière sur la période. En effet,

elle est passée de 168,3 milliards de FCFA en 2004 à 358,3 milliards de FCFA en 2015 soit un accroissement annuel moyen de 18 milliards de FCFA. On note cependant, une évolution en dent de scie des dépenses en investissement avec des pics en 2008 et 2012 avec respectivement 12,7% et 11,6% des dépenses totales.

Les estimations des dépenses du paludisme, de la tuberculose, du VIH/SIDA et de la santé de la reproduction révèlent une forte hausse des dépenses de santé du paludisme (+133,1%), des dépenses de la tuberculose (+2,2%). Les dépenses au niveau du VIH/Sida montrent également une faible hausse (+3,6%) sur la période de 2010 à 2015. Les dépenses de la santé de la reproduction quant à elle indiquent un accroissement substantiel (+121,2%) sur la même période. Le financement de la lutte contre ces maladies reste fortement marqué par les financements extérieurs dont la contribution dépasse les 60% pour le VIH et la Tuberculose.

Tableau 2 : Quelques indicateurs des comptes de la santé de 2004 à 2015

Quelques Indicateurs des CS	2004	2008	2010	2012	2015
Dépense totale de santé (en Millions de FCFA)	172 509	217 991	266 332	318 477	379684
Dépense totale de santé par habitant (FCFA)	13 241	14 820	17 038	19 196	20 579
Dépense courante de santé (en Million de FCFA)	168 315	190 260	259 359	279 558	358 297
Dépense totale de santé en % du PIB	6,8	5,8	6,0	5,6	6,2
Dépenses liées aux investissements (en Millions de FCFA)	4 193,9	27 730,7	4 796,6	37 088,9	21 386,7
Dépense publique en santé en % du PIB	3,1	1,5	1,5	1,2	1,6
Dépense publique en % de la dépense totale de santé	45,7	25,8	24,3	21,8	26,6
Dépense de santé des ménages en% de la DTS	22,5	28,0	29,9	30,0	34,2
Dépense publique de santé en % des dépenses du Budget de l'Etat	7,4	9,9	8,4	7,5	9,8
Dépense en Investissement en % de la DTS	2,4	12,7	1,8	11,6	5,6
Dépense d'assurance maladie en % de la DTS	1,4	1,4	0,9	1,4	2,5

Sources : base des CS Burkina de 2004 à 2015

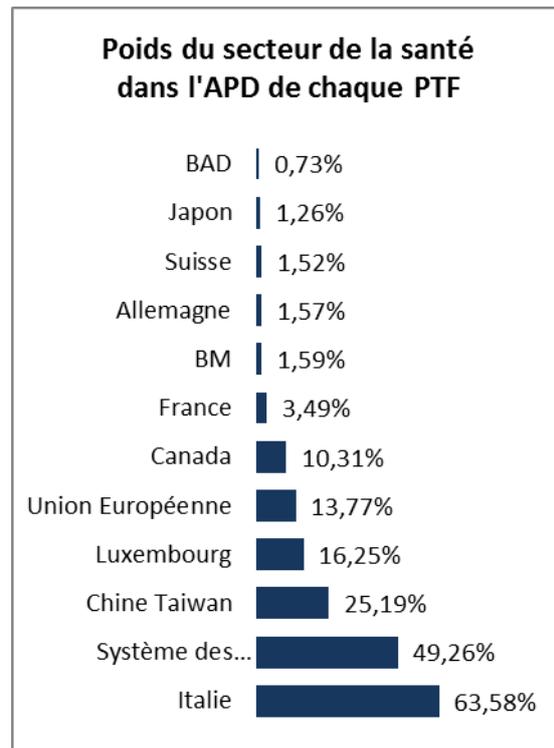
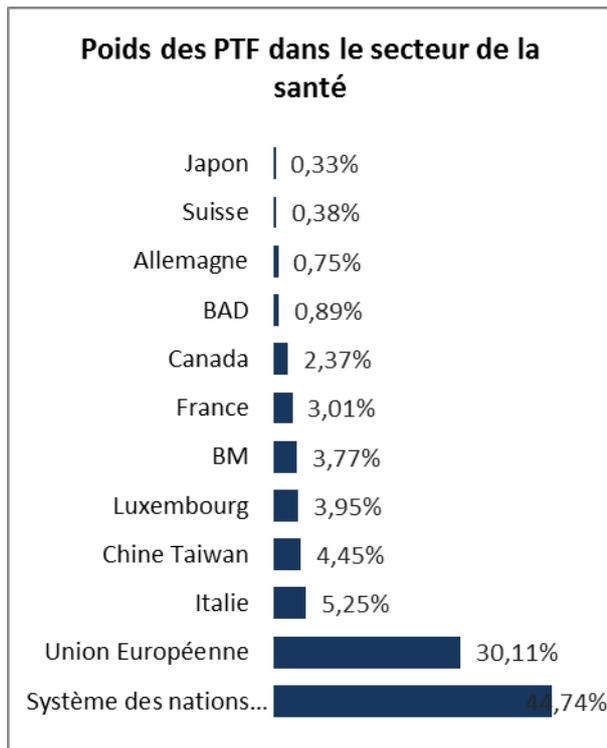
1.7.3. Sources de financement

Les modes de financement du système de santé du Burkina Faso restent caractérisés par une forte contribution des ménages qui constituent plus de 34,2% des sources de financement de la santé. En effet, le taux de couverture du risque maladie étant très faible (6,5% en 2015) et l'assurance maladie universelle non encore effective, le système de financement repose essentiellement sur les paiements directs des ménages. La loi concernant l'assurance maladie universelle qui a été adoptée en septembre 2015 non encore opérationnelle dispose que l'assurance maladie est obligatoire avec une redistribution verticale où la participation de chaque assuré social au financement des charges du régime d'assurance maladie universelle se fait à la mesure de ses ressources.

On note une baisse progressive du poids des débours directs dans la dépense totale de santé, passant de plus de 45% en 2003 à 34,2% en 2015. Ceci s'explique par les différentes mesures de gratuité et de subvention mises en place par l'Etat et l'augmentation de la contribution des partenaires extérieurs.

Le financement de la santé par les fonds de l'administration publique connaît une croissance régulière depuis 2003. En effet, ces fonds sont passés de 34,8 milliards de FCFA en 2003 à 101,0 milliards de FCFA en 2015. Cela témoigne l'effort du gouvernement dans l'accroissement des ressources affectées au secteur de la santé en vue d'atteindre la cible des 15% pourcent de la déclaration d'Abuja.

La contribution du reste du monde au financement de la santé a plus que triplé depuis 2003. Cette augmentation s'explique par l'augmentation des ressources spécifiquement dédiées aux programmes, dits verticaux, de lutte contre les maladies infectieuses, notamment le sida, la tuberculose et le paludisme. Les ressources privées (ONG, entreprises et fondations) ont également connu une augmentation sans précédent depuis 2003. Selon la cartographie des interventions des PTF dans le cadre de la Division du travail et la Complémentarité au Burkina Faso, il ressort que dans le secteur de la santé, sur douze partenaires, deux contribuent à eux seuls à hauteur de 74, 84% de l'aide à ce secteur. Il s'agit du système des Nations Unies qui occupe la première place (44,74%) suivi de l'Union Européenne (30,10%). L'Italie occupe la troisième place (5,25%).



1.7.4. Mise en commun des fonds

L'allocation des ressources en faveur de la santé se fait au niveau des structures externes et internes. Les ressources financières résultant du budget de l'Etat sont mises à la disposition des départements ministériels dont celui de la santé, par le Ministère en charge des finances. La répartition de ces ressources est faite à travers un cadrage budgétaire permettant de dégager des enveloppes sectorielles. Les partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la santé mettent également à la disposition du Ministère de la santé des ressources financières et matérielles. En ce qui concerne la mise en commun des fonds, il existe deux structures en occurrence la Direction de l'administration et des finances (DAF) et du Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) pour les allocations internes. La DAF au sein du Ministère de la santé, assure la répartition des ressources aux différentes structures notamment pour les dépenses de fonctionnement et les transferts courants selon des clés et critères prenant en compte les spécificités des structures et leur performance. Quant au PADS, il répartit les fonds mobilisés auprès de ses contributeurs selon leur nature. Les ressources mises en commun sont allouées aux structures de la santé en fonction des critères préalablement définis. Les fonds ciblés et ou affectés (GAVI, Fonds Mondial etc...) sont également alloués aux structures en fonction des objectifs poursuivis.

1.7.5. Dispositions institutionnelles et relations avec les acheteurs

Les ressources provenant du budget de l'Etat (fonds transférés) et destinées aux CSPS et aux CMA sont actuellement gérées par les collectivités territoriales conformément au décret n°2009-108/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 03 mars 2009 portant transferts de compétences et de ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé. S'agissant des recettes de tarification des actes, leurs utilisations sont règlementées par le RAABO n° AN VII 309/FP/MPSAN-AS/SEFB/SG/DCP du 15 Juin 1990 qui prévoit que 65% de ces paiements soient destinées à la caisse maladie, 20% aux praticiens, et 15% reversés au budget de l'Etat au titre des recettes de services.

1.7.6. Mécanismes de paiement

En application du décret N°2009- 108 - /PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 3 Mars 2009, portant transfert des ressources et des compétences de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé, l'Etat alloue annuellement des ressources pour le fonctionnement, la maintenance et la construction des formations sanitaires de base. Aussi, certaines communes disposent de fonds provenant de dons privés et de la coopération décentralisée au profit de la santé.

Les Centres de santé, les Centre médicaux et les centres médicaux avec antenne chirurgicale assurent le recouvrement des couts (tarification des actes et vente des MEG). Ils ont également des conventions avec des assurances privées.

1.7.7. Priorités et perspectives par rapport au financement

Le financement de la santé est caractérisé par son insuffisance par rapport aux besoins, son poids excessif sur les ménages, le faible apport des mécanismes de partage de risques et des financements innovants, une faible prévisibilité des financements extérieurs, une insuffisance dans la mise en commun. Les défis auxquels le secteur de la santé doit faire face sont entre autres le renforcement des fonds fongibles du panier commun, la mise en œuvre de l'AMU, la mise en œuvre effective des PPP dans le secteur de la santé, l'harmonisation de la tarification des actes médicaux.

Pour ce faire, le système de santé pourra s'appuyer sur un certain nombre d'opportunités qui sont : l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé, la prise en compte des grandes priorités du secteur de la santé dans le PNDES, la promotion du Partenariat public-privé et la mise en œuvre de l'approche budget programme



1.8 Organisation des services et l'offre de soins

L'offre de soins est assurée par les différentes structures de soins regroupés en trois niveaux selon le plateau technique. Les soins de premier niveau sont effectués dans les CSPS et les CMA. Ceux de deuxième niveau sont réalisés dans les centres hospitaliers régionaux. Les Centres hospitaliers universitaires assurent les soins de troisième niveau.

1.8.1. Disponibilité des services de santé

L'indice de disponibilité des services de santé est calculé à partir de l'indice de l'infrastructure sanitaire, de l'indice du personnel de santé et de l'indice de l'utilisation des services. En 2014, il est de 25,5%. Au niveau des régions, il varie de 18,1% au Sahel à 34,6% dans la région du Centre⁶.

La capacité opérationnelle générale des services fait référence à la capacité de l'ensemble des établissements de santé à fournir des services de santé généraux. La capacité opérationnelle se définit comme la disponibilité des éléments requis pour la prestation des services dans les cinq domaines que sont les aménagements et éléments de confort indispensables, les équipements essentiels, les précautions standard pour la prévention des infections, la capacité de diagnostic et les médicaments essentiels. L'indice de capacité opérationnelle générale des services calculé sur la base des scores des cinq domaines ci-dessus énumérés est de 70% en 2014. On note une légère hausse par rapport au niveau atteint en 2012 (67%).

Parmi ces 5 domaines, les équipements essentiels enregistrent le grand score (89%) tout comme en 2012 (85%). Les plus faibles niveaux concernent les médicaments essentiels tels que définis par l'OMS et la capacité de diagnostic⁷.

De la capacité opérationnelle en matière de prise en charge du VIH, de la tuberculose, du paludisme et des IST l'enquête SARA 2014 révèle que les services de lutte contre les IST enregistrent le score de capacité opérationnelle le plus élevé (80%) tandis que le plus faible est constaté au niveau de la prescription des ARV et la prise en charge des patients (24%)⁸.

Parmi les quatre éléments traceurs que sont le personnel qualifié, les équipements, la capacité diagnostic et les médicaments, le personnel formé et les directives sont les éléments les plus disponibles dans les établissements offrant les services de lutte contre le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida et les IST. Cependant une faible proportion des formations sanitaires disposent des médicaments nécessaires à la prise en charge de la tuberculose (20%), de la PTME (14%) et de la prescription des ARV et le suivi médical des patients (12%). On note par ailleurs une incapacité à diagnostiquer la syphilis par le test rapide⁹.

1.8.2. Offre de services

Les services de santé maternelle, néonatale et infantile essentiel sont offerts par plus de 4/5 des formations sanitaires. Parmi les formations sanitaires habilitées, 64% offrent des services de soins obstétricaux complets, la césarienne comprise. Les

⁶ Rapport Enquête SARA 2015 ; Burkina Faso

⁷ Rapport Enquête SARA 2015 ; Burkina Faso

⁸ Rapport Enquête SARA 2015 ; Burkina Faso

⁹ Rapport Enquête SARA 2015 ; Burkina Faso

formations sanitaires ont une meilleure capacité à offrir les services de planification familiale et de vaccination. Tout comme en 2012, les soins obstétricaux de base et les services de la santé de l'adolescent ont les plus faibles scores de capacité opérationnelle. Ces scores sont surtout influencés par l'insuffisance de personnel formé, de directives et d'un certain nombre d'équipements essentiels. En moyenne, 13 des 21 éléments traceurs sont disponibles dans les formations sanitaires. La plupart des formations sanitaires offrent des services de diagnostic et de prise en charge du paludisme et des IST. Le service de prescription d'ARV et/ou de prise en charge des patients est offert par 77% des structures contre 54% en 2012. Les capacités opérationnelles générales des services de traitement et/ou de prise en charge des IST et du paludisme sont les plus élevées. La prescription d'ARV et/ou le suivi des patients est de 85% pour les hôpitaux de 2e et 3e niveaux de soins. Moins de 20% des formations sanitaires disposent d'ARV spécifiques pour la PTME. En moyenne, 5 des 10 éléments traceurs sont disponibles dans les formations sanitaires.

Le Gouvernement du Burkina Faso a pris des initiatives pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, notamment par l'adoption de la loi de l'assurance maladie, l'exemption au paiement des enfants de 0-5 ans, les femmes enceintes et la création de nouvelles formations sanitaires à tous les niveaux. Les mesures de gratuités existantes concernent certaines prestations (CPN, dépistage du col de l'utérus, SONU, ...) et certains biens et services (ACT, ARV...). On note que l'utilisation et la qualité des soins dans les services de santé restent dans l'ensemble en deçà des attentes. En effet en 2014 l'indice d'utilisation des services de santé était de 15,6% contre 20,2% en 2012. Les données indiquent que la qualité des soins de SMI n'est pas satisfaisante, car le counseling, l'éducation de la mère, les soins au nouveau-né et l'adhérence aux directives de prise en charge ne sont pas appliquées (Duysburg, 2013).

1.8.3. Structure publiques et privées de soins de santé

Les structures de soins comprennent les secteurs sanitaires public, privé et traditionnel. La grande majorité des établissements sanitaires (83,4%) relèvent du secteur public. Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

En ce qui concerne le sous-secteur privé de soins, il est estimé à 358 structures composées majoritairement de structures à but lucratif (81,56%) et d'établissements confessionnels localisés essentiellement dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Des textes réglementant l'exercice privé des professions de santé sont adoptés.

Le Ministère de la santé a intensifié son appui au sous-secteur de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée nationale au cours de ces dix dernières années. Environ 30 000 acteurs exercent de façon autonome. Les acquis sont l'adoption de la politique nationale et de textes règlementant l'exercice de la profession, la mise en

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

En rapport avec le secteur pharmaceutique, l'approvisionnement en médicaments se fait prioritairement à travers la CAMEG pour le secteur public et les officines privées pour le secteur privé¹⁰.

1.8.4. Caractéristiques des services de soins de santé primaires

L'offre de soins de base est essentiellement assurée par le CSPS et le CMA. En général, chaque CSPS offre le paquet minimum d'activités (PMA) standard¹¹ dès que les normes minimales en personnel et en équipement sont atteintes. Le PMA comprend des activités promotionnelles, préventives et curatives. Cependant les CSPS du milieu urbain offrent, en fonction des ressources disponibles, des prestations supplémentaires souvent spécialisées.

Les soins de référence sont organisés au niveau des centres médicaux avec antenne chirurgicale, des Centres hospitaliers régionaux et des centres hospitaliers universitaires. Le circuit de référence du malade dans le système est de type pyramidal, allant de la base vers le sommet. Au bout de la chaîne, certains malades peuvent être référés à l'extérieur du Burkina lorsque les soins nécessaires à leur prise en charge ne sont pas offerts par le système national.

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

L'offre de services communautaires est assurée par les ASBC dont les activités sont définies pour être en adéquation avec les IGR et d'autres pathologies d'intérêt en santé publique. Les services communautaires sont repartis entre trois types: promotionnels, préventifs et curatifs. A cela, il faut ajouter des activités de soutien. Plusieurs stratégies sont utilisées pour la mise en œuvre des activités. Il s'agit de la mobilisation sociale, la distribution à base communautaire (DBC), l'Information-Education-Communication (IEC) / Communication pour le changement de comportement (CCC) et les visites à domicile.

1.8.5. Transparence et redevabilité

Dans la mise en œuvre de l'action sanitaire, aux différents niveaux des cadre de concertation et de compte rendu ont été instaurés et se sont révélés efficace. Il s'agit entre autres, du Cadre Sectoriel de Dialogue (CSD), au niveau central, du CTRS (comité technique régional de santé) au niveau régional, le Conseil de santé de districts dans les districts. Dans les formations sanitaires, il y a l'assemblée générale

¹⁰ Rapport provisoire de la Stratégie nationale de financement de la santé, SNFS

¹¹ Paquet minimum d'activités.

(http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Textes_fondamentaux/Autres/paquetsdactivitessante_pa.pdf)

des comités de gestion. Les réunions de ces organes accordent une place à l'analyse des causes de performance pour mieux réorienter la planification opérationnelle dans l'optique non seulement de potentialiser l'apport de leur contribution mais aussi dans le cadre de la redevabilité mutuelle.

1.8.6. Priorités et perspectives par rapport aux prestations

Les priorités se résument entre autres à la capitalisation, la documentation des bonnes pratiques dans la mise en œuvre des programmes et stratégies ainsi que le renforcement de la mise en œuvre de la PCIME

1.9 Ressources humaines en santé

La source de données exhaustives disponibles sur les ressources humaines est celle de l'annuaire RH publié le 1^{er} juin 2016. Cet effectif du Ministère de la santé se chiffrait à 25 625 agents¹² répartis dans 48 profils. Il était de 17 913 en 2013¹³. Cet effectif est déployé dans des formations sanitaires et dans des structures centrales et déconcentrées à l'intérieur des 13 régions sanitaires que compte le pays. Sur le plan des effectifs, le ministère occupe le deuxième rang derrière le Ministère en charge de l'Education nationale dans la fonction publique.

Malgré cet effectif, la problématique de la disponibilité des ressources humaines conformément aux besoins du système de santé demeure. Cela s'explique entre autres par une insuffisance de personnel en nombre ayant les qualifications requises, une inégale répartition du personnel entre régions et entre formations sanitaires, une insuffisance dans la maîtrise des effectifs et de leur mobilité, des difficultés de rétention du personnel dans certaines zones ainsi que par le nombre et la capacité limités des écoles et instituts de formation pour certains types d'emploi.

1.9.1. Organisation et gestion des ressources humaines pour la santé

La gestion des ressources humaines pour la santé au Burkina Faso est assurée principalement par quatre (4) départements ministériels. Le Ministère en charge de la Fonction publique s'occupe des actes de carrière liés au recrutement, à la promotion (impliquant changement d'emploi), et aux sorties définitives (retraite). Celui en charge des Finances gère le volet prise en charge salariale et indemnitaire. La gestion des carrières du personnel hospitalo-universitaire est sous la responsabilité du département en charge de l'Enseignement supérieur et enfin, le Ministère de la santé gère pour tous les autres aspects touchant la gestion des ressources humaines pour la santé.

La gestion de la carrière des agents est toujours centralisée. Une décongestion des actes de gestion est faite depuis 2009 par le Ministère en charge de la Fonction publique au profit des Directions des ressources humaines des Ministères. Mais il

¹² Annuaire statistique des ressources humaines, 2016 ; BF

¹³ Annuaire statistique des ressources humaines, 2016 ; BF

faut noter que les Directions régionales de la Fonction publique et les Services régionaux de gestion des ressources humaines du Ministère de la santé ne sont pas outillés pour la prise des actes de carrière. Leur rôle se limite aux traitements des indemnités, les renseignements et la communication des actes. Pour une meilleure coordination des activités de développement des ressources humaines pour la santé, le Ministère s'est doté d'un Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRHS) pour la période 2013-2020 et un Système d'information des ressources humaines pour la santé (SIRHS) est en cours d'opérationnalisation. Les professionnels de santé sont régis principalement par le statut général de la Fonction publique (loi 081-2015/CNT du 24 novembre 2015) et de ses textes d'application et le décret N°2006-463/PRES/PM/MFPRE/MS/MFB portant organisation des emplois spécifiques du Ministère de la Santé qui constitue le plan de carrière pour les différents profils.

1.9.2. Modes de rémunération

Les professionnels de santé perçoivent une rémunération mensuelle. Cette rémunération est composée du salaire, des indemnités et des récompenses non financières. La rémunération est régie par une grille salariale commune à l'ensemble des agents de la fonction publique. Cette grille consacre l'égalité de salaire entre la même catégorie professionnelle quel que soit le profil. Les professionnels de santé bénéficient de 5 types d'indemnités : indemnités de logement, indemnités d'astreintes, indemnité de technicité, de résidence et indemnité spécifique de garde.

D'autres mécanismes de motivation existent en faveur des professionnels de santé comme le Financement Basé sur les Résultats, les ristournes, les indemnités de formation, etc. ils reçoivent des récompenses diverses non financières comme la lettre de félicitations et d'encouragement, le témoignage de satisfaction avec publication au Journal officiel, la décoration pour faits de service public, la responsabilisation, des formations continues, la nomination à des postes de responsabilité etc.

L'évaluation du rendement se fait sur la base des performances individuelles de l'agent et aussi sur la performance de sa structure. Chaque agent reçoit en début d'année une lettre de mission ou une fiche d'indication des attentes et sur la base des résultats obtenus, il est évalué par son supérieur hiérarchique immédiat. Relativement au service, son rendement est évalué sur le rapport d'activités en relation avec le programme d'activités adopté en début d'année. Les études menées dans le cadre de la motivation et de la fidélisation des agents proposent d'autres types d'indemnités pour les professionnels de santé à savoir les indemnités de transport, des indemnités d'éloignement ou d'isolement, des indemnités de responsabilité médicale, etc. Les négociations autour des rémunérations se font dans le cadre général du dialogue Gouvernement-syndicat.

Tableau 3 : Valeur indiciaire minimale et maximale: 2331

Catégorie	Emploi	Indice minimal	Indice maximal
PA	Médecin/Pharmacie spécialiste	848	
PC	Médecin généraliste, pharmacien	848	2850
A	Attaché de santé TBM, TSGS, PEP	494	2504
B	SFME, IDE	396	1592
D	AIS, AA	263	1031

NB : salaire catégoriel annuel = valeur indiciaire x l'indice

1.9.3. Répartition des ressources humaines en santé

En juin 2016, l'effectif du Ministère se chiffrait à 25 625 agents composés de 1 240 médecins (spécialistes et généralistes), 281 pharmaciens (généralistes et spécialistes), 7 174 infirmiers (brevetés et d'Etat), de 2 532 Sages-femmes, 3 682 Accoucheuses (auxiliaires et brevetées), 2 805 Agents itinérants de Santé, 602 Technologistes biomédicaux.

Sur l'effectif de 25 625 agents, 90,25% sont fonctionnaires dont 50,49% de sexe masculin. L'ancienneté au poste est inférieure à 5 ans. Près de la moitié (49,71%) des effectifs du Ministère sont en milieu rural. La proportion des effectifs travaillant en milieu semi-urbain et milieu urbain est respectivement de 15,24% et 35,05%.

Le personnel technique (médical et paramédical) est insuffisant en quantité et en qualité dans la plupart des formations sanitaires du système de santé, ce qui affecte la disponibilité et la qualité des prestations offertes. Le ratio médecin est évalué à 1 pour 15 350 habitants (la norme de l'OMS étant 1 médecin pour 10.000 habitants), celui des infirmiers à 1 pour 2653 habitants (norme de l'OMS étant d'un infirmier par 3 000 habitants) et celui des sages-femmes à 1 pour 7518 habitants (norme de l'OMS étant d'une sage-femme par 5 000 habitants). A la même date, 7% des CSPS du pays remplissent les normes minimales en personnel¹⁴. A cela s'ajoute une inégale répartition de ces ressources humaines, accentuée par la difficulté de fidéliser les agents dans les zones difficilement accessibles. Aussi, 40% des médecins généralistes sont en activité dans la seule Région Centre où se trouve seulement 14% de la population totale et 50% des personnels infirmiers, et sages-femmes évoluent en zone rurale où réside 80% de la population. Seulement 12% des médecins spécialistes exercent dans les 9 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Des mécanismes existent et permettent d'organiser de façon efficiente la répartition du personnel. On note à cet effet la régionalisation du recrutement,

¹⁴ Annuaire statistique RH (Normes en cours d'adoption) : 2 infirmiers, 2 sages-femmes et 1 AIS pour un CSPS

l'institution d'une commission Nationale d'affectation, l'affectation des médecins spécialistes nouvellement recrutés ou de retour de stage de formation prioritairement dans les CHR¹⁵.

1.9.4. Formation

La formation des professionnels de santé est assurée par des écoles et des universités. En effet, les filières de diagnostic médical et de spécialité est assurée au Burkina Faso par 4 universités dont 3 publiques et une privée qui offrent diverses formations spécialisées (cardiologie, gynécologie, pédiatrie). La formation paramédicale quant à elle, est assurée par 7 écoles publiques et 42 écoles privées offrant des formations en soins infirmiers et obstétricaux, de diagnostic biomédical, du génie sanitaire, de l'administration hospitalière et des services de santé. Pour les années 2014 et 2015, les écoles de formation de personnel paramédical ont mis sur le marché du travail respectivement 1 441 et 2837 agents. Seules les formations d'orthésiste, de prothésiste, de rééducateur et de génie biomédical ne sont pas assurées par les écoles de formation à l'intérieur du pays. Les universités privées sont implantées dans 3 régions du pays, les écoles publiques dans 7 régions et les écoles privées dans toutes les 13 régions du pays.

Au niveau de la formation initiale du personnel paramédical, le pays ne s'est toujours pas aligné aux recommandations de l'OOAS. Les écoles privées de formation n'ont pas la capacité de former certaines spécialités paramédicales conformément aux besoins du système de santé (emploi de diagnostic biomédical et du génie sanitaire) et elles souffrent de l'insuffisance de terrain de stage, toute chose qui affecte la qualité de la formation.

Au regard des préoccupations qui affectent le domaine de la formation, le pays met en œuvre un certain nombre d'actions à savoir la certification nationale depuis l'année 2014, l'élaboration de la stratégie nationale de la formation initiale et continue, l'élaboration des plans de carrière des principaux emplois et le passage au système LMD des écoles publiques et leur affiliation aux universités.

1.9.5. Planification des ressources humaines en santé

En moyenne 1000 paramédicaux sont recrutés par an sur les 10 dernières années. Un plan de recrutement est élaboré et mis en œuvre. Le recrutement en concours directs se fait en fonction de la capacité d'accueil des écoles de formation et le complément se fait sur mesures nouvelles et le tout en fonction des disponibilités budgétaires. Quant aux médecins généralistes, 603 ont été recrutés entre 2013 et 2015 soit une moyenne de 201 par an. La mobilité interne du personnel est encadrée par un décret¹⁶ et deux autres arrêtés¹⁷ qui prennent en compte les deux statuts du

¹⁵ Disposition contenue dans les communiqués d'ouverture du concours professionnel

¹⁶ Décret 2006-181/PRES/PM/MFPRE/MFB du 24 avril 2006 portant conditions et modalités d'affectation des agents de la fonction publique

personnel paramédical du système (agents temporairement régionaux et agents nationaux). L'organisation pratique est assurée par une Commission nationale d'affectation et des commissions régionales et provinciales d'affectation qui tiennent des sessions. Le principal critère qui guide les affectations est le besoin des structures.

1.9.6. Priorités et perspectives

Les problèmes liés aux ressources humaines sont principalement la qualité de la formation, la maîtrise des effectifs, l'insuffisance en quantité et en qualité, l'inégale/la mauvaise répartition et la fidélisation dans certaines zones dépourvues, la faible motivation du personnel, l'inadéquation entre formation et emplois. Les perspectives du Ministère de la santé en matière de ressources humaines sont :

- la mise en place d'un observatoire des ressources humaines ;
- la révision du plan de recrutement du Ministère de la santé ;
- l'élaboration des comptes nationaux des ressources humaines en santé
- le renforcement du système d'information en ressources humaines (SIRH) ;
- l'amélioration des mécanismes de déploiement et de redéploiement du personnel ;
- l'instauration des mesures incitatives de fidélisation des agents en zones défavorisées;
- la décentralisation des postes budgétaires pour le recrutement ;
- la mise en œuvre de la stratégie nationale de formation initiale et continue.

¹⁷ Arrêté N°2012-438/MS/SG/DRH du 18 septembre 2012 portant conditions et modalités d'affectation des agents de santé recrutés pour le compte des régions



1.10 Produits médicaux, infrastructures et équipement

Au sens large, on peut dire que la dénomination « produits de santé » est un terme générique dont le but est d'englober, sous le même concept, différentes sortes de produits présentant un intérêt pour la santé humaine. La DGPML est la structure centrale qui a pour mission la mise en œuvre de la politique pharmaceutique et le suivi de la réglementation pharmaceutique. Elle est régie par l'arrêté n°2013 - 1279/MS/CAB du 18 décembre 2013 portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires. La politique pharmaceutique nationale adoptée par décret N°2012-910/PRES/PM/MS/MEF/MICA/MRSI du 26 novembre 2012 et le plan stratégique

pharmaceutique (PSP) adopté par décret N°2012-966/PRES/PM/MS/MEF/MICA/MRSI du 13 décembre 2012 pour la période 2012 – 2016 sont des documents réglementaires qui orientent toutes les directives techniques dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs activités.

Dans le domaine de la réglementation pharmaceutique, la DGPML met à jour régulièrement les procédures d'évaluation des dossiers de demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et d'autorisation spéciale d'importation (ASI) des produits de santé en vue de s'adapter à l'évolution du marché pharmaceutique. Elle a également informatisé le processus d'octroi d'AMM et d'ASI pour non seulement faciliter le travail mais aussitôt avoir en temps réel des données de surveillance du marché. La surveillance du marché est également faite à travers le contrôle post marketing des médicaments qui se fait de façon semestrielle. Mais l'insuffisance de ressources financières limite la mise en œuvre du plan de contrôle qualité. A titre d'exemple, le contrôle post marketing, financé par les partenaires techniques et financiers, ne concerne que les médicaments du Paludisme, de la Tuberculose, du VIH, les médicaments contre les infections opportunistes financés par le Fonds mondial) et les produits de santé de la reproduction (SR) financés par la Banque mondiale et l'organisation ouest africaine de la santé (OOAS).

La vigilance des produits de santé est également un maillon très important de la surveillance du marché en vue de garantir la sécurité du patient. A cet effet, la DGPML dispose d'un centre national des vigilances des produits de santé à usage humain chargé de la surveillance des effets et des événements indésirables liés à leur emploi dans le but de garantir leur sécurité d'emploi. Ce centre travaille avec tous les programmes de santé. Il joue le rôle de secrétariat qui recueille toutes les notifications, procède à leur analyse afin de les soumettre à l'appréciation des experts.

Dans le cadre de la réalisation de toutes ces activités, la DGPML dispose d'un certain nombre de comités et commissions composés d'experts nationaux chargés d'évaluer et de prendre des décisions sur les dossiers soumis à leur appréciation.

1.10.1. Produits médicaux

Sur le plan de l'organisation de la gestion et de l'approvisionnement des produits de santé, le secteur pharmaceutique national est placé sous le contrôle de la Direction Générale de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires (DGPML) du ministère de la santé (MS), avec l'appui de l'Inspection Technique des Services de Santé (ITSS) et le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP). Le système d'approvisionnement public a pour pivot la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et consommables médicaux (CAMEG), qui gère 51% des importations du pays. Ses 10 agences régionales approvisionnent les Dépôts Répartiteurs de Districts (DRD) qui approvisionnent en Médicaments Essentiels et Génériques (MEG) les formations sanitaires publiques. Les dépôts MEG de ces dernières assurent la dispensation aux patients et l'approvisionnement des agents de

santé à base communautaire (ASBC). La CAMEG approvisionne également les officines, les structures de santé privées et confessionnelles. Par ailleurs, des grossistes répartiteurs privés agréés par le MS approvisionnent les hôpitaux, les officines (49% des importations). Des opérateurs privés interviennent dans l'équipement biomédical et l'approvisionnement des structures sanitaires en réactifs de laboratoire (CD4, charge virale VIH, dépistage paludisme, TB et VIH). La DGPML coordonne et suit les activités du secteur privé par le suivi des stocks au niveau national. Des comités techniques ont été mis en place par arrêté du MS pour la coordination de la gestion des intrants des programmes de santé prioritaires (paludisme, TB, VIH, SR, nutrition). Ils font une revue trimestrielle de la quantification des besoins, la planification des achats, du suivi des plans d'approvisionnement et de la supervision de la gestion des intrants.

La problématique de l'usage rationnel des produits de santé est un défi dont la DGPML se doit de relever afin de promouvoir l'utilisation rationnelle des produits de santé et atténuer le poids des dépenses liées aux produits de santé. Pour ce faire, la DGPML à travers son centre de documentation et d'information sur le médicament (CEDIM) met à la disposition du personnel, l'information pharmaceutique régulière en vue de sensibiliser à la prescription rationnelle. Elle procède également avec l'appui de certains partenaires à la formation des prestataires sur l'usage rationnel des médicaments.

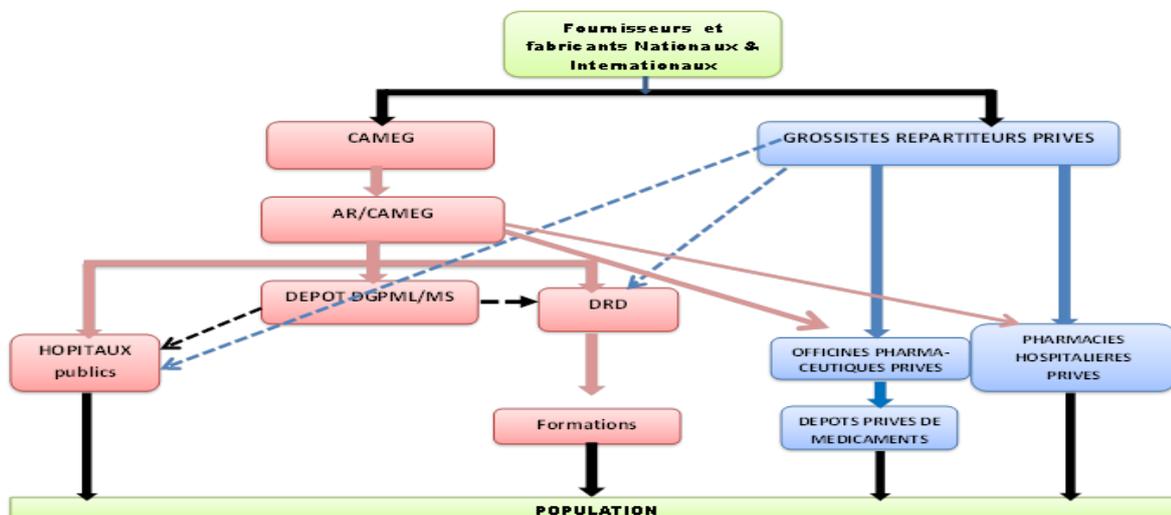


Figure 5 : Circuit de l'approvisionnement pharmaceutique au Burkina (source DGPML) année

Selon la réglementation applicable au Burkina Faso, tous les produits de santé sont soumis à l'enregistrement, à la surveillance sur le marché, à l'inspection et à la vigilance. Il s'agit notamment des médicaments (spécialités pharmaceutiques et médicaments génériques, vaccins et sérums, médicaments traditionnels améliorés), des réactifs d'analyse de biologie médicale, des consommables médicaux et du matériel médico-technique, des denrées alimentaires particulières de même que les produits cosmétiques.

1.10.2. Infrastructures et équipements

Dans le cadre de la gestion des produits pharmaceutiques, un certain nombre d'infrastructures ont été créés dans les districts sanitaires dépôts répartiteur de districts (DRD) et dans les formations sanitaires périphériques(DMEG). La centrale d'achat des médicaments essentiels génériques dispose de dix(10) agences régionales qui sont équipées en logistique chargées d'approvisionner les DRD. En termes d'équipements, la CAMEG dispose de chambres froides pour certains produits et de la logistique nécessaire pour le transport des produits. Les structures de transit et de distribution publiques et privées sont dotées de matériel nécessaire pour la conservation et le transport des produits.

Dans le domaine de la maintenance, l'agence des équipements et de la maintenance biomédicale (AGEMAB) créée en 2011 a été transformée en société d'Etat en 2013. Cette structure est chargée de la gestion des équipements et de la maintenance biomédicale. En matière d'infrastructures, équipements et maintenance, les problèmes qui devront focaliser l'attention au cours de la 2e phase du PNDS 2011-20 concernent la faible appropriation et application de la carte sanitaire qui limite la rationalisation et l'équité en matière de réalisation des infrastructures et des équipements, l'absence d'un plan stratégique de développement en infrastructures, en équipements et en maintenance, et l'insuffisance dans la maintenance des infrastructures et des équipements et la grande complexité des procédures d'acquisition des équipements.

1.10.3. Biologie clinique

La tutelle des laboratoires de biologie médicale est la Direction des laboratoires (DL) créée en 2002 et logée au sein de la Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DGPML). Elle a en charge la mise œuvre de la politique en matière de biologie médicale dans le pays. Ses principales attributions sont entre autres la coordination et le suivi des activités de développement de la biologie médicale, l'organisation de l'exercice de la biologie médicale et la coordination des activités des laboratoires de référence au plan national et le Réseau national des laboratoires (RNL). Les laboratoires de biologie médicale publics comme privés sont organisés en réseau et coordonnés par la direction des laboratoires. L'architecture du réseau est le suivant :

- les laboratoires nationaux de référence (LNR) ;
- les laboratoires du niveau national (CHU, Centres de recherche);
- les laboratoires du niveau intermédiaire ou régional (CHR) ;
- les laboratoires du niveau périphérique (CM/CMA).

De nos jours, huit (08) LNR sont désignés : LNR-VIH/IST-sida, LNR méningites bactériennes, LNR rougeole, LNR fièvres hémorragiques virales, LNR grippe, LNR rotavirus, LNR human papilloma virus et LNR mycobactéries.

En matière d'évaluation des capacités opérationnelles des laboratoires des formations sanitaires publiques, une liste d'examens dits traceurs a été définie par niveau de laboratoire pour l'appréciation de leur disponibilité. Ces examens traceurs sont au nombre de 13 pour les CM/CMA, 19 pour les CHR et 22 pour les CHU.

Pour ce qui concerne les approvisionnements en intrants de laboratoire, la DL y apporte un appui technique en cas de sollicitation des structures du Ministère de la santé. A cet effet, il participe aux différents comités techniques de réglementation des produits de santé, d'agrément des fournisseurs d'équipements. Il existe une au sein de la DGPML la direction chargée de la sécurisation des approvisionnements pharmaceutiques (DSAP) dont le travail se fait en étroite collaboration avec la DL en matière d'intrants de biologie médicale. Un arrêté ministériel portant réglementation des réactifs et consommables des laboratoires (DMDIV) a été adopté en 2013. Les réactifs de laboratoires homologués se trouvent dans la nomenclature des produits de santé et sur le site Web de la DGPML : www.dgpml.sante.gov.bf

Quant à la qualité des analyses de biologie médicale au Burkina, un certain nombre d'actions ont été menées parmi lesquelles l'élaboration et la diffusion du Guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale (GBEA) en 2009, l'institution du Contrôle national de qualité (CNQ) des analyses de biologie médicale en 2007 par arrêté ministériel.

La DL est responsable de l'organisation de l'évaluation externe de la qualité et assure la mobilisation des ressources.

Le type d'évaluation externe de la qualité utilisé est le « Proficiency testing » (test d'aptitude). La coordination du CNQ envoie des échantillons connus aux laboratoires participants pour analyse. Il s'agit du même échantillon pour tous les laboratoires. Les laboratoires devront analyser les échantillons selon les techniques et procédures de routine. Les réponses des laboratoires participants sont ensuite évaluées par la coordination. En fonction des situations, le groupe de travail peut initier d'autres types d'EEQ comme le réexamen des résultats (lames frottis, tests sérologiques....). Pour ce qui est de l'organisation une réunion préparatoire des membres du groupe de travail est organisée pour planifier les différentes activités du CNQ de l'année.

Deux types de panels sont utilisés à savoir les panels acquis dans le commerce et ceux préparés par l'unité EEQ en collaboration avec les LNR. Ces différents panels sont validés par des experts. Les panels sont acheminés par du personnel technique à l'aide de véhicules du ministère de la santé dans des conditions adéquates de conservation et de transport. Les résultats sont collectés par courrier (poste, compagnies de transport, etc.), email dans les délais impartis au niveau du service management de la qualité. Les résultats des laboratoires sont enregistrés sur Excel et analysés à l'aide de logiciels EPI INFO. Deux types de rapports sont élaborés : un

rapport individuel et un rapport global. Les différents rapports sont amendés et validés par le groupe de travail. Les rapports individuels sont anonymes et transmis sous plis fermés aux laboratoires participants. Les rapports globaux peuvent faire l'objet de publication scientifique ou être diffusés par toute autre voie de communication. En cas de résultats non conformes, des recommandations pour corriger les écarts, des supervisions du personnel des laboratoires ayant des résultats non conformes ainsi que des actions de renforcement des capacités dans les centres nationaux et régionaux de formation continue des personnels de laboratoire sont entreprises.

1.10.4. Du sang

La transfusion sanguine joue un rôle primordial dans le système de soins notamment dans l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD) par la réduction des mortalités maternelle et infanto-juvénile. Par ailleurs, la transfusion sanguine a transformé le devenir de certaines maladies comme la drépanocytose par l'amélioration de l'état clinique et la réduction des complications liées à cette maladie. Les activités de la chaîne transfusionnelle sont exclusivement effectuées par des structures sanitaires reconnues. La promotion du don de sang, la collecte, la production de produits sanguins labiles (PSL) et la distribution des PSL aux malades et aux formations sanitaires sont des activités spécifiquement gérées par deux types de structures :

- Le Centre national de transfusion sanguine (CNTS), créé par décret N°2000-449/PRES/PM/MS du 26 septembre 2000 et administré par un conseil d'administration. Selon ses Statuts particuliers, adoptés par décret N°2015-1267/PRES-TRANS/PM/ MS/MEF du 9 novembre 2015, la direction générale est composée de 8 directions centrales et de structures déconcentrées que sont les CRTS (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Fada N'Gourma Koudougou) et les Dépôts préleveurs distributeurs de produits sanguins (DPD/PS) non encore fonctionnels.
- Les banques de sang de certains CHR et les laboratoires de certains CMA/HD partiellement ou pas du tout approvisionnées par les CRTS qui continuent la production et la distribution des PSL sous la tutelle administrative et financière des hôpitaux et districts sanitaires qui les hébergent.

Ces structures sont accompagnées dans leurs activités de promotion du don de sang par les associations de donneurs de sang et d'autres organisations à base communautaire. L'utilisation clinique des produits sanguins (prescription et réalisation de l'acte transfusionnel) est assurée par les CHU, les CHR, les CMA/HD, les CM, les polycliniques et les cliniques privées. La collecte de sang est placée sous la responsabilité d'un médecin ou d'un pharmacien (un infirmier ou un technologiste biomédical peut en assurer la responsabilité en l'absence d'un cadre médical ou pharmacien) et fait appel à :

- du personnel de collecte qualifié avec des fonctions clairement identifiées et chargé de la prise en charge du candidat au don de son arrivée à son départ du lieu de collecte;
- des locaux organisés, agencés, séparés de façon à préserver la logique de la « marche en avant » du don de sang;
- du matériel nécessaire pour l'accueil, la sélection médicale pré-don, le prélèvement et aux soins médicaux des donneurs;
- des documents médicaux administratifs, du questionnaire de sélection médicale pré-don et d'une fiche navette pour suivre le donneur depuis l'accueil jusqu'au prélèvement de sang.

Le nombre de poches collectées sur le plan national a connu une hausse sensible passant de 82 756 en 2011 à 116 296 en 2015. En dépit de cette croissance, la production reste en deçà des besoins théoriques nationaux, soit un taux de couverture de 63,20%. Par ailleurs, on note une persistance des dons familiaux d'urgence ou de remplacement qui s'élève à 71,16% dans les zones non couvertes par le CNTS. Dans les CRTS, 75,57% des dons proviennent des collectes mobiles. Le stockage et la conservation au plan national est réalisée à 67,21%. La séparation n'est réalisée que dans les zones CNTS tandis que dans les zones hors CNTS, le sang total reste le seul produit disponible. Concernant le CPS, le CNTS rencontre des difficultés organisationnelles et matérielles dans sa préparation. Certaines préparations spécifiques (cryoprécipités, etc.) ainsi que le fractionnement du plasma ne sont pas encore pratiquées. Le dépistage des quatre marqueurs (VIH, VHB, VHC, syphilis) est systématique sur tous les dons de sang. Dans les CRTS, le dépistage se fait par des techniques semi-automatiques à automatiques tandis que dans les CHR/CMA, il est réalisé avec des tests rapides. Dans l'ensemble, les tests de confirmation sont très peu réalisés occasionnant ainsi des difficultés de rendu des résultats, ce qui est à l'origine de la démotivation de certains donneurs de sang. Quant au groupage ABO/RH D, en dehors des CRTS, la plupart des CHR/CMA ne réalise que le Beth-Vincent et par un seul technicien. D'autres analyses peuvent être rendues obligatoires sur décision de l'autorité compétente en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et de la situation épidémiologique. La distribution des PSL est la mise à la disposition des services utilisateurs de PSL propres à l'usage thérapeutique. Les PSL peuvent être distribués selon deux modalités à savoir la distribution nominative (sélection de PSL pour un patient sur prescription médicale) et celle non nominative (sélection de PSL destinés à l'approvisionnement des dépôts de distribution) par les CRTS. Les CRTS approvisionnent totalement 24 formations sanitaires publiques (sur 65 habilitées à transfuser) et 49 cliniques privées. Cependant, 34 formations sanitaires publiques sont partiellement approvisionnées et 7 ne le sont pas du tout. Dans le souci d'approcher le PSL du malade, des services de distribution (antenne) du CNTS, ont été créés dans les CHU-Yalgado OUEDRAOGO et SANOU Sourou. En outre, il existe des dépôts distributeurs de PSL dans 54 formations sanitaires. Ces dépôts sont sous la tutelle administrative

desdites formations sanitaires. Les conventions de collaboration qui doivent lier ces formations sanitaires au CNTS dans la gestion de ces dépôts ne sont pas toujours formalisées. Sur le plan technique, il subsiste encore des erreurs d'attribution de PSL et une insuffisance dans la gestion des stocks (inexistence de stock minimal et d'alerte, péremption de PSL en distribution, etc.).

Les produits sanguins sont majoritairement utilisés chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes de 15 à 49 ans avec respectivement 33,29% et 34,88%, soit un total de 68,17% (couple mère-enfant). Selon les Directives nationales de bonnes pratiques transfusionnelles (DNBPT), la distribution des PSL doit se faire sur la base d'une prescription médicale. Un formulaire standardisé de demande de PSL a été élaboré et diffusé, mais n'est pas utilisé dans toutes les formations sanitaires. En plus, toutes les prescriptions des PSL ne sont pas faites par les médecins. Malgré l'existence du guide d'utilisation clinique des produits sanguins et la formation des utilisateurs, la prescription et l'utilisation des produits sanguins ne sont pas toujours rationnelles, ce qui contribue à réduire la disponibilité des PSL. En outre, on note une insuffisance dans l'administration des produits, la surveillance des transfusions et la notification des réactions indésirables.

1.11 Couverture universelle

La mise en place effective de mécanismes de financement de la santé pour l'atteinte d'une couverture sanitaire universelle (CSU) est d'une nécessité pour les états. Les nations unies ont adopté en Septembre 2015 la résolution relative aux objectifs de développement durable (ODD). L'objectif 3.8 est dédié à la couverture sanitaire universelle d'ici 2030 et le Burkina Faso a ratifié cette résolution. Le Burkina Faso dispose d'un document de politique nationale de protection sociale pour la période 2013-2022 à travers le Ministère en charge de l'action sociale. Ce document vise à garantir l'accès des personnes vulnérables aux services sociaux de base (santé et éducation).

1.11.1. Cadre organisationnel du régime d'assurance maladie universelle

Depuis 2008, le gouvernement a créé un secrétariat technique d'assurance maladie universelle (ST/AMU) avec pour mission principale la mise en place d'un régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au profit des populations afin de garantir l'accès de tous à un paquet minimum de soins. Depuis sa création, beaucoup de rencontres ont été réalisées dans le cadre de l'architecture du RAMU. Sous la transition, le conseil national de la transition (CNT) a voté la LOI N° 060-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso le 5 septembre 2015. L'AMU est gérée par le ministère en charge de la fonction publique et celui en charge de la santé. L'opérationnalisation de l'AMU n'est pas encore effective. Une phase pilote est en cours dans les districts sanitaires de Séguénéga et de Tougan.

1.11.2. Stratégie de financement de la santé pour une couverture universelle

Le scénario d'extension de l'AMU retenu est la couverture de la population en 2020 soit: 100% de personnes indigentes (10% de la population); 100% des enfants de moins de cinq ans, 100% du secteur formel et de 30% du secteur informel non pauvre. Ce scénario sera réajusté en fonction du retard accusé dans l'opérationnalisation de l'AMU. D'autres mesures ont été prises, telles que la mobilisation des finances intérieures, la perception des impôts ou la contribution du financement de la santé par les budgets gouvernementaux et celles prises pour faire face aux inefficacités des dépenses des gouvernements et des donateurs. Un panier de soins large regroupant l'ensemble des prestations disponibles au Burkina Faso a été adopté en juin 2015. Ce panier ne prend pas en compte la prise en charge des médicaments et consommables non définis par les textes réglementaires tels la lunetterie, les soins et les interventions de chirurgie esthétique...; évacuations à l'extérieur du pays. Aussi, la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles feront l'objet d'exception aux termes généraux de la prise en charge, avec des aménagements en particulier du ticket modérateur qui pourrait être relevé. Les prises en charge dans le privé seront négociées par la CNAM sur la base des coûts des soins dans le public, la différence devant être payée par le patient (l'assuré)

1.11.3. Autres initiatives en faveur de la couverture universelle

La mise en place d'une assurance maladie universelle fait partie intégrante des priorités de cette politique nationale de protection sociale. Le démarrage qui était prévu en 2012 avec une phase pilote avant l'extension à tout le pays par la suite n'a malheureusement pas été effective. Aussi, le système de financement de la santé s'est plutôt s'inspiré des orientations de la SCADD et n'a pas prévu le volet assurance maladie. Toutefois, dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé à travers le PNDS, il est prévu l'amélioration de l'accessibilité des populations aux soins à travers des mécanismes de gratuité et de subvention totale ou partielle au profit de groupes vulnérables principalement la femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans.

1.11.4. Obstacles à l'accès aux services de santé

Dans la mise en œuvre de l'AMU, l'insuffisance de plateaux techniques, de personnel qualifié et l'insuffisance de mobilisation de ressources pourraient constituer des obstacles à l'accès aux services de santé.

Références documentaires

INSD, RGPH 2010
INSD, Rapport EMC 2014
Apps. who. Int/gho/data
Rapport EDSBF-MICS IV 2010
INSD, Rapport EMC 2014
apps.who.int/gho/data
apps.who.int/gho/data
EDS 2010
apps.who.int/gho/data
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
apps.who.int/gho/data
Rapport enquête STEPS 2013 Burkina Faso
apps.who.int/gho/data
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Ministère de la santé, rapport d'évaluation des comités de gestion dans les Centres de santé et de promotion sociale 2005
Ministère de la santé, Stratégie nationale de promotion de la santé au Burkina Faso 2014
Ministère de la santé, manuel de formation sur le système national d'information sanitaire, 2015
Ministère de la santé, Plan national de la recherche pour la santé 2011-2020
Rapport Enquête SARA 2015 ; Burkina Faso
Rapport provisoire de la Stratégie nationale de financement de la santé, SNFS
Paquet minimum d'activités. 137Ko
http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Textes_fondamentaux/Autres/paquets_dactivites_sante_pa.pdf
Rapport de l'enquête SARA, Burkina Faso 2014
Rapport de l'enquête SARA, Burkina Faso 2014
Annuaire statistique des ressources humaines, 2016 ; BF
Annuaire statistique des ressources humaines, 2016 ; BF
Annuaire statistique RH (Normes en cours d'adoption) : 2 infirmiers, 2 sages-femmes et 1 AIS pour un CSPS
Disposition contenue dans les communiqués d'ouverture du concours professionnel
Décret 2006-181/PRES/PM/MFPRE/MFB du 24 avril 2006 portant conditions et modalités d'affectation des agents de la fonction publique
Arrêté N°2012-438/MS/SG/DRH du 18 septembre 2012 portant conditions et modalités d'affectation des agents de santé recrutés pour le compte des régions
Rapport de l'EDS IV ; Burkina Faso 2010
Rapport de l'EDS IV; Burkina Faso 2010
Guide de diagnostic et de traitement de la tuberculose, édition 2011.PNT
Guide de diagnostic et de traitement de la tuberculose, édition 2011.PNT

Plan stratégique 2013-2017 du PNT
Rapport OMS 2015
Rapport annuel 2015 du PNT
OMS, Rapport mondial sur le paludisme 2015, 2016
INSD rapport EIPBF-2014, 2015
Politique de lutte contre le paludisme 2011
Plan stratégique du PNLP 2016-2020 ; 2016

EMC 2015
EDS 2010
EMC 2015
MS ; Plan stratégique des adolescents 2016-2020
MS ; Plan stratégique des personnes âgées 2016-2020
MS ; Annuaire statistiques 2015

Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
OMS, Suivi et évaluation épidémiologique du traitement de masse : manuel à l'intention des programmes nationaux, 2013.
PNMTN, Rapport annuel UEFL, 2015
Kyelem D., épidemiology and control of lymphatic filariasis in Burkina Faso, PhD,2007
Samir Bhatt, Cameron P. Simmons et al:The global distribution and burden of dengue
Nature, 2013
DLM/SSE, Rapport d'investigation des cas suspects de dengue dans la région sanitaire du centre, 2013
CNRFP , Etude prospective de l'épidémiologie et de la transmission de la dengue au Burkina Faso (Projet EPITRADE-BF), 2014
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Ministère de la santé, annuaire statistique, 2015
Ministère de la santé, annuaire statistique, 2015
Ministère de la santé, annuaire statistique, 2015
Rapport de l'enquête sur l'épidémiologie des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso, Aout 2015
Statistiques de la Police Nationale, 2014
MS, annuaire statistique 2015
OMS, aide-mémoire N°282, Août 2014
Recensement général des enfants handicapés, MASSN, 2013.
Enquête RAAB, Centre Ouest, 2011
WHO. Alcohol fact sheet. Burkina Faso. 2011.
Ministère de la santé, Stratégie nationale de promotion de la santé au Burkina Faso 2014
Ministère de la santé, Stratégie nationale de promotion de la santé au Burkina Faso 2014
MS ; Evaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation du secteur de la sante aux changements climatiques 2016

Annexe 1 : Liste des membres de l'équipe technique

Liste des membres de l'équipe technique

Nom et prénom	Rôle dans l'équipe technique	structure
Dr Kargougou	Président	SG
Dr Dipama Sylvain	Vice président	DGESS
Dr Zongo Augustin	Rapporteur	DSS
Dr Dabiré Estelle Edith/Dembélé	Membre	DCPP
M. Drabo Mamadou	Membre	DSEC
M. Sawadogo Issaka	Membre	DSF
Mme Yaméogo Bibiane	Membre	DPV
M. Kaboré Moussa	Membre	PNLP
Dr Déné Bassirou	Membre	DGPML
M. Sermé Mamadou	Membre	PNMTN
M. Zoungrana Pascal	Membre	DLM
M Tirogo Souleymane	Membre	DN
M Akotiongou Edouard	Membre	DFP
M Coulibaly Abdoulaye	Membre	PSSLS
Mme Ouédraogo Laeticia	Membre	PNT
Dr Kankoan Justine	Membre	DGESS
Représentant OMS	Membre	OMS
Représentant UNFPA	Membre	UNFPA