

**TABLE RONDE DES BAILLEURS DE FONDS DU
PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE (PNDS) 2001-2010**

Document de base

Ouagadougou, le 15 Avril 2003

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CADSS	Cellule d'Appui à la Décentralisation des Services de Santé
CAMEG:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et de consommables médicaux;
CHN YO:	Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO ;
CHNSS:	Centre Hospitalier National SANOU Sourou
CHR :	Centre Hospitalier Régional ;
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale ;
CM :	Centre Médical ;
CNAOB	Centre National d'Appareillage Orthopédique;
CNLS-IST :	Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles;
DGHSP	Direction Générale de la tutelle des Hôpitaux et du sous secteur Sanitaire Privé ;
DGPML	Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires ;
DHPES	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé ;
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie ;
DMH	Direction de la Médecine Hospitalière ;
DN	Direction de la Nutrition ;
DRH	Direction des Ressources Humaines ;
DRS	Direction Régionale de la Santé ;
DSF	Direction de la Santé de la Famille ;
DSPH	Direction des Services Pharmaceutiques ;
ECD	Equipe Cadre de District ;
EDS	Etude Démographique et de Santé ;
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique ;
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture ;
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine ;
GDT	Guide de Diagnostic et de Traitement ;
HOP	Hôpital ;
IB :	Initiative de Bamako ;
IEC:	Information Education Communication ;
IGSS :	Inspection Générale des Services de Santé ;
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles ;
IRA :	Infections Respiratoires Aiguës
LNSP:	Laboratoire National de Santé Publique ;
MFB :	Ministère des Finances et du Budget ;
MEG:	Médicament Essentiel Générique ;
MS :	Ministère de la Santé ;
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé ;
ONAP :	Office National d'Approvisionnement Pharmaceutique ;
ONG:	Organisation Non Gouvernementale ;
OST :	Office de Santé des Travailleurs ;

PAM :	Programme Alimentaire Mondial ;
PEV :	Programme Elargi de Vaccination ;
PPTTE :	Pays Pauvres Très Endettés ;
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire ;
PSN :	Politique Sanitaire Nationale;
PT :	Plan Triennal
SBC:	Services à Base Communautaire ;
SNIS:	Système National d'Information Sanitaire ;
SG :	Secrétariat général ;
SIG :	Système d'Information et de Gestion ;
SOCOPHARM :	Société de Conditionnement Pharmaceutique ;
SONAPHARM :	Société Nationale d'Approvisionnement Pharmaceutique ;
SONAR :	Société Nationale d'Assurance et de Réassurance ;
SP :	Secrétariat Permanent ;
STC-PDES :	Secrétariat Technique pour la Coordination des Programmes de Développement Economique et Social ;
VIH/SIDA :	Virus de Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise ;

LISTE DES DOCUMENTS SUPPORTS

1. Politique Sanitaire Nationale ;
2. Plan National de Développement Sanitaire ;
3. Rapport des réflexions sur les notes techniques des partenaires ;
4. Modalités de mise en œuvre.

INTRODUCTION

Malgré de nombreux efforts déployés durant les quatre dernières décennies à travers la mise en œuvre notamment des plans nationaux de développement, de la programmation sanitaire nationale, des programmes spécifiques et des projets, les progrès réalisés dans l'amélioration de l'état de santé des populations restent encore limités. Le gouvernement est conscient de l'ampleur des efforts à fournir pour faire face à la persistance des endémo-épidémies, aux flambées épidémiques, à l'expansion de l'infection à VIH/SIDA, aux carences nutritionnelles, etc.

En 1998, le gouvernement a pris la décision d'élaborer une Politique sanitaire nationale (PSN) et un Plan national de développement sanitaire (PNDS). A cet effet, un Secrétariat Technique a été mis en place. L'approche générale retenue pour l'élaboration de la PSN et du PNDS a reposé sur une vision à la fois multisectorielle et multidisciplinaire avec la participation de l'ensemble des intervenants à différents niveaux du système de santé : les partenaires au développement sanitaire, les communautés, le secteur privé et la société civile (organisations non gouvernementales, associations, mouvements des droits de l'homme, syndicats, etc.).

Dans un premier temps, le Secrétariat Technique a effectué des sorties dans toutes les directions régionales de la santé. Ces sorties ont permis de renforcer la participation des communautés et de dégager les spécificités régionales en termes de priorités sanitaires. Ensuite, des Etats Généraux de la Santé (EGS) se sont tenus du 15 au 18 Juin 1999. Ils ont impliqué tous les acteurs et intervenants dans le secteur autour du thème " Tous ensemble pour un système de santé performant au Burkina Faso ". De ces concertations, a été produit un document "d'analyse de la situation sanitaire " qui a été validé en février 2000.

Sur la base de ce document, la PSN et le PNDS ont été élaborés en concertation constante avec les acteurs du secteur sanitaire et les partenaires au développement. La PSN a été adoptée par le gouvernement en Septembre 2000 et le PNDS en Juillet 2001.

Le PNDS qui est la traduction opérationnelle de la PSN, est mis en œuvre à travers les plans triennaux . Le plan triennal 2001 –2003 a été adopté en même temps que le PNDS.

En Février 2002, la XIV^o Conférence des partenaires du secteur santé s'est tenue autour du PNDS et du plan triennal de mise en œuvre. A cette occasion, des recommandations ont été faites en vue de la préparation de la Table Ronde et concernaient principalement:

- l'actualisation du déficit de financement du plan ;
- la finalisation des modalités de mise en œuvre du plan triennal ;
- la poursuite des réflexions autour de six thèmes jugés prioritaires pour la mise en œuvre du PNDS, à savoir, les modalités de suivi, l'approche sectorielle, la gestion des ressources humaines, la décentralisation, le secteur sanitaire privé et le renforcement institutionnel du Ministère de la Santé ;

Dans le souci de lui assurer un bon démarrage, le premier plan triennal initialement prévu pour la période 2001-2003 a connu un glissement et couvre à présent, la période 2003-2005. Les années 2001 et 2002 ont été des années transitoires de préparation de la mise en oeuvre du plan triennal.

Le présent document élaboré par un comité ad hoc interministériel avec l'appui des partenaires au développement ne se substitue pas au PNDS, ni au plan triennal. Il n'est que le format de présentation des documents de Tables Rondes dans le contexte du Burkina Faso.

1. SITUATION GENERALE

Avec une superficie de 274 200 km², le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé au cœur de l'Afrique de l'ouest. Le tableau N°1 ci-dessous retrace quelques indicateurs socio-économiques.

Tableau N°1: Indicateurs socio-économiques:

Indicateurs	Données	Années	Sources
Population totale	11 889 600	2002	Estimation
Taux d'accroissement annuel	2,37%	1996	Recensement Général de Population et de la l'Habitat(RGPH)
Produit intérieur brut (PIB) à prix constant base 1985	1724 milliards de FCFA	2000	Conseil National de Population ; Deuxième programme d'action en matière de population , Juillet 2001
Seuil de pauvreté	45 ,3%	1998	CSLP , 2000
Taux d'urbanisation	18,4%	1996	RGPH
Pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable	90%	2001	Rapport de mise en œuvre du CSLP, Septembre 2002
Espérance de vie à la naissance	52 ans	1996	RGPH
Taux de mortalité infantile	105,3/1000	1998	Enquête démographique et de Santé (EDS) 98-99
Taux de mortalité juvénile	127/1000	1998	EDS 98-99
Taux de mortalité infanto-juvénile	219/1000	1998	EDS 98-99
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	484	1998	EDS 98-99
Taux brut de natalité	46,1/1000	1996	RGPH
Taux brut de mortalité	14,8/1000	1996	RGPH
Indice synthétique de fécondité	6,8 enfants	1998	EDS 98-99
Intervalle inter gènesique médian	34,8 mois	1998	EDS 98-99

Taux brut de scolarisation	44% (national)	2002	Rapport de mise en œuvre du CSLP, Septembre 2002
Taux d'analphabétisme des adultes 15 ans) Hommes Femmes	70% 86%	1994	UNICEF : Plan cadre des opérations du programme de coopération 2001-2005, Novembre 2000
Indice de développement humain	0,276	1998	PNUD : Rapport sur le développement humain durable

La population burkinabè qui était estimée à 4 349 000 habitants en 1960 est passée à 7 964 705 habitants en 1985 et à 10 312 602 habitants en 1996 selon les résultats des enquêtes et recensements démographiques. Elle est estimée à 11 889 600 habitants en 2002. Le taux annuel moyen d'accroissement de la population qui se situait à 1,7% entre 1960 et 1975 a progressé et est passé à 2,67% au cours de la période 1975-1985 avant de connaître une baisse durant la période inter-censitaire 1985-1996 où il s'est établi à 2,37%. L'évolution de la population burkinabè reste rapide ; à un tel rythme d'accroissement, elle atteindra environ 16 millions d'habitants en 2015 et aura doublé en 2025 par rapport à la population de 1996.

La population burkinabè est extrêmement jeune. En 1996, les moins de 15 ans représentaient 47,9% de la population et les plus de 65 ans 3,7%. Cette situation se traduit par un rapport de dépendance de 106,6% et pose le problème de prise en charge et de satisfaction des besoins sociaux de base des jeunes telles l'éducation et la santé. Les femmes représentent plus de la moitié de la population burkinabè (51,8% en 1996) et constituent un groupe dont le rôle dans le processus de développement devrait être prépondérant.

La population burkinabè est inégalement répartie sur le territoire national. Selon le recensement de la population de 1996, la densité de la population varie entre 5,8 habitants au km² dans la province de la Kompienga et 335 habitants au km² dans celle du Kadiogo abritant la capitale, pour une moyenne nationale de 37 habitants au km².

Le phénomène des migrations est une donnée essentielle de la population burkinabè. Près de 60% de ces migrations sont internes: des campagnes vers les villes et des zones arides vers les zones fertiles. Elles concernent en majorité les femmes (54% des migrants internes) mais également les jeunes. Quant aux migrations externes, elles touchent principalement les hommes, avec comme pays traditionnels d'accueil le Ghana et la Côte d'Ivoire.

En dépit d'une croissance moyenne de 5% du produit intérieur brut par an au cours des dix dernières années, le Burkina Faso reste parmi les pays les plus pauvres du monde. Le pourcentage des burkinabè vivant en dessous du seuil de pauvreté est passé de 44,5% en 1994 à 45,3% en 1998. Le milieu rural est plus touché par la

pauvreté avec plus de la moitié de sa population (51% en 1998) vivant en dessous du seuil de pauvreté. En milieu urbain, l'incidence de la pauvreté est passée de 10,4% en 1994 à 16,5% en 1998.

Sur le plan sanitaire, les taux de morbidité et de mortalité sont très élevés. Le taux de mortalité générale est de 14,8 ‰ et celui de la mortalité infantile de 105,3‰. Quant à la mortalité maternelle, elle est de 484 pour 100 000 naissances vivantes.

2. SITUATION DU SECTEUR SANTE

2.1 Description du système de santé

2.1.1 Organisation des services de santé

- Organisation administrative

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

- Le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du ministre et du Secrétariat général ;
- Le niveau intermédiaire qui comprend 13 Directions Régionales de la Santé (DRS) ; elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les régions sanitaires ;
- Le niveau périphérique qui est représenté par les directions provinciales de la santé comprenant 55 districts sanitaires ; ces districts sanitaires constituent les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

- Organisation des structures de soins

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

- Le premier niveau constitué par le district sanitaire comprend deux échelons ;
 - le premier échelon de soins est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), structure de base du système de santé ;
 - le deuxième échelon de soins du district est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district ; certains districts sanitaires sont centrés sur des CHR
- Le deuxième niveau est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA
- Le troisième niveau est constitué par le Centre Hospitalier Universitaire qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche ;

En plus des structures publiques de soins, il convient de noter l'existence des structures sanitaires privées surtout à but lucratif et du secteur sanitaire traditionnel (pour la répartition des structures par région sanitaire, voir annexe N°1).

Le pays connaît ces dernières années une expansion rapide des structures sanitaires privées à but lucratif qui sont passées de moins d'une dizaine dans les années 70, à plus de 300 en 2002 tous types confondus.

Le secteur pharmaceutique privé comptait en fin 2001, environ 121 officines et 5 grossistes.

2.1.2 Ressources humaines en santé

Les ressources humaines du secteur sanitaire public ne couvrent pas les besoins du pays . En 2001, selon les données du recensement général des personnels de santé , 9052 agents étaient en activité dans les différentes structures publiques du Ministère de la Santé dont 90% d'agents publics.

Le tableau n°2 indique l'évolution des ratios de certaines catégories de ressources humaines en comparaison avec les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Tableau N°2 Evolution du nombre d'habitants par unité de personnel

CATEGORIE DE PERSONNEL	Norme OMS	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Médecins	10 000	30 385	28 673	29 815	29 589	21 457	20 516
Sages-Femmes	5 000	28 917	29 316	29 897	25 563	22 949	24 357
Infirmiers d'Etat	5 000	12 260	13 214	8 222	7 818	8 295	6 131
Infirmiers brevetés	5 000	8 490	8164	8 415	8 276	8 650	6 980

Source : STC-PDES/MEF 2000 ; DEP/MS

Les ratios connaissent une tendance à l'amélioration, avec cependant des mouvements erratiques autour de cette tendance. Néanmoins, ils demeurent nettement en dessous des normes OMS bien qu'ils se rapprochent de la norme pour les infirmiers d'Etat et les infirmiers brevetés.

2.1.3 Financement du secteur de la santé

Le secteur de la Santé reçoit des financements provenant de diverses sources que sont l'Etat, les partenaires au développement, les collectivités locales, les ménages et les assurances privées et sociales.

- l'Etat :

L'Etat intervient dans le financement de la santé à travers son budget qui prend en compte ses ressources propres et celles des partenaires au développement. Les financements extérieurs se font sous forme de subventions et de prêts (Coopérations bilatérales et multilatérales, hors financements des ONG). Le tableau N°3 indique l'évolution du budget du Ministère de la Santé de 1996 à 2002.

Tableau N°3 : Evolution du budget du Ministère de la Santé de 1996 à 2002 (en millions de Fcfa)

Intitulé	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Budget du Ministère de la Santé*	30	31	32	38	32	30	37
Fonctionnement	192,90	101,90	859,00	193,00	765,14	753,97	296,28
Salaires	12	15	16	18	18	22	24
Biens et services (Matériel)	748,60	156,50	626,40	929,10	825,16	085,99	069,46
Transferts courants	5	6	6	6	6	7 971,36	9
Investissements	322,70	113,90	437,70	700,30	112,04		250,50
Financement Etat	3	3	3	3	3	4 281,02	4
Financement Extérieur	128,30	126,30	079,20	865,40	800,69		690,34
Budget total Etat	4	5	7	8	8	9 833,61	10
%Santé/Etat	297,60	916,30	109,50	363,40	912,43		128,62
	17	15	16	19	13	8 667,98	13
	444,30	945,40	232,60	263,90	939,98		226,82
	1	1	3	4	3	3 814,92	4
	067,30	481,50	594,80	207,20	469,56		743,27
	16	14	12	15	10	4 853,06	8
	377,00	463,90	637,80	056,70	470,42		483,55
	328	359	426	413	411	411	526299
	095,00	798,00	135,00	913,00	191,00	534,00	
%Santé/Etat	9,20%	8,64%	7,71%	9,23%	7,97%	7,47%	7,09%

* NB: sans les ressources de l'Initiative PPTTE

Au cours de la période 1996 à 2002, les dotations budgétaires allouées à la santé ont évolué à un rythme de 3,58% l'an en moyenne et à prix courant alors que le budget de l'Etat a augmenté de 7,14% l'an. Au cours de la même période, la part du secteur de la santé (hors dépenses communes interministérielles) dans le budget total est restée inférieure à la norme de 10% recommandé par l'OMS avec un maximum de 9,23% atteint en 1999.

Les ressources propres proviennent essentiellement de la fiscalité intérieure et de porte (droits de douane) tandis que les appuis budgétaires sont principalement accordés par l'Union Européenne. Ces ressources servent à financer les dépenses de fonctionnement et une partie des investissements dont la situation d'exécution est fournie par le circuit de la dépense. Pour la période 1996 à 2002, elles sont évaluées à 150 820 millions avec respectivement 128 441 millions Fcfa pour le fonctionnement et 22 379 millions Fcfa pour les investissements.

La mobilisation des ressources financières pour un développement global, équitable et durable de la santé demeure insuffisante.

L'Etat alloue des crédits aux régions et aux districts sanitaires pour les dépenses de biens et services à travers les délégation de crédits depuis 1999.

De même, l'Etat alloue des subventions d'exploitation (fonctionnement) et d'investissement pour les structures de référence (CHR et CHN) et aux Etablissements Publics à caractère Administratif (ENSP, OST, LNSP, etc.).

Pour ce qui est de la couverture du risque maladie, l'Etat en principe rembourse 80% des dépenses de santé (médicaments exclus) des fonctionnaires en cas d'hospitalisation. Ceci représente une couverture d'environ 4% de la population totale (2001).

Les fonds de l'initiative PPTTE sont une opportunité à saisir pour le financement de la santé. Depuis 2000, le secteur de la santé bénéficie des ressources de l'Initiative PPTTE dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Le montant cumulé de 2000 à 2002 s'élève à 20 251 millions de Fcfa.

En dépit des efforts consentis par l'Etat, on note une insuffisance allocative des ressources en faveur de la santé. Cette situation est rendue plus complexe par l'insuffisance d'équité dans l'accès aux soins, particulièrement pour les plus pauvres et par la faible performance des structures de l'Etat dans l'utilisation efficiente des ressources

- l'assurance sociale:

la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) assure les salariés du secteur privé et parapublic et couvre les prestations familiales, les risques professionnels et les pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès. Le taux global de cotisation s'élève à 23 % des salaires dont 18,5% pour l'employeur et 4,5% pour l'employé. La population couverte est estimée à environ 11% de la population totale en 2001. Malheureusement, la gamme des risques couverts reste limitée.

- les assurances privées:

Les principales compagnies d'assurance commerciales privées sont : la SONAR, FONCIAS l'Union des Assurances du Burkina, la Générale des Assurances et Colina Assurance. Celles-ci proposent aux souscripteurs, deux formules d'assurance, à savoir l'assurance maladie individuelle et l'assurance maladie de groupe. L'assurance commerciale couvre une portion très marginale de la population (moins de 1%) et n'est accessible que par une minorité de privilégiés

- le financement communautaire :

La population participe au financement de la santé à travers le financement communautaire mobilisé dans le cadre de l'Initiative de Bamako, et sous la forme de paiements directs des soins dans les formations sanitaires publiques et privées et dans le sous secteur traditionnel.

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako (IB), la contribution des populations au financement de la santé est sollicitée à travers le recouvrement des coûts (tarification des actes médicaux et la vente des médicaments essentiels génériques).

Selon les résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages de 1998, il ressort qu'un ménage du Burkina Faso (taille moyenne de 7,5 personnes) consacre annuellement en moyenne 32 901 FCFA aux dépenses de santé. Ces dépenses sont essentiellement destinées à l'achat de médicaments (83,2 %).

La dépense moyenne de santé des ménages ruraux est près de 3,5 fois plus faible que celle observée chez les ménages du milieu urbain : 21 209 FCFA contre 72 937 FCFA. Indépendamment du milieu, les achats de médicaments sont de loin les plus importantes des dépenses de santé.

Les modes de paiement des usagers sont généralement le paiement au médicament (le patient paie uniquement les médicaments prescrits), le paiement forfaitaire à l'épisode (le patient paie un forfait représentant le prix de tous les soins y compris les médicaments, pour un épisode de maladie), le paiement à l'acte (le patient doit payer à tout contact avec un professionnel de la santé même s'il s'agit du même épisode).

Le paiement direct et surtout sa modalité de paiement à l'acte, constitue un obstacle à l'utilisation des services de santé particulièrement par les pauvres.

La participation des populations au financement du secteur de la santé se manifeste également à travers la construction de quelques infrastructures sanitaires. En 2001, l'évaluation de la gestion des ressources financières par les comités de gestion au niveau des CSPS dans le cadre de l'ex-projet de développement santé et nutrition (PDSN) a révélé que 88,14 % du financement des dépenses de fonctionnement étaient assurés par les ménages soit environ 3 313 millions Fcfa. Ce financement est estimé à 4 595 millions Fcfa en prenant en compte les ressources générées par les CMA.

- le mécanisme de partage des risques en santé:

Actuellement en développement au Burkina, ce type de financement fait l'objet d'un intérêt tant du Ministère de la Santé que des intervenants dans le secteur de la santé. Les principaux mécanismes existants sont : les caisses de solidarité concernant des travailleurs d'un même service, les mutuelles de santé et les systèmes de prépaiement dans certains Districts Sanitaires.

Bien qu'on assiste à un engouement pour le développement de ces formes d'assurance, le contexte général de pauvreté de la population ainsi que l'absence de cadres réglementaires et institutionnels, ne favorisent pas leur pérennité. (1% de la population est couverte par ce mode de financement)

- le financement par les collectivités locales :

Les collectivités locales interviennent également dans le financement de la santé à travers la construction et l'équipement d'infrastructures sanitaires et la prise en charge des salaires des agents relevant d'elles.

Actuellement les niveaux et les mécanismes de leur concours ne sont pas bien

connus. Il n'existe pas de disposition législative et réglementaire fixant un pourcentage de leur budget à allouer à la santé.

Elles restent caractérisées par leur faible capacité contributive au financement de la santé par rapport aux besoins immenses des populations. Néanmoins elles sont appelées à jouer un rôle plus important dans le cadre de la mise en œuvre de la décentralisation. Il est nécessaire dans le cadre de l'élaboration de stratégies de financement viables et équitables, d'avoir une meilleure connaissance du financement de la santé par les collectivités locales et des contraintes auxquelles elles seraient confrontées au cas où la prise en charge de la compétence santé leur serait effectivement dévolue ;

le financement extérieur :

Le financement extérieur sous forme de subventions et de prêts (hors appuis budgétaires) concerne essentiellement les dépenses réalisées à travers les projets et programmes de santé. La situation d'exécution des dépenses sur financements extérieur est issue des rapports d'exécution du Programme d'Investissement Public (PIP) et de la situation des décaissements directs des bailleurs suivie par la Direction Générale de la Coopération du Ministère des Finances et du Budget. Le montant cumulé sur la période 1996-2002 est de 82 342 millions Fcfa soit 11 763 millions en moyenne par an.

Parallèlement aux ressources mobilisées dans le cadre des relations bilatérales et multilatérales, le secteur de la santé bénéficie d'un apport important émanant d'associations, d'organisations confessionnelles et de comités de jumelage.

Le financement des ONG, associations, organisations confessionnelles et comités de jumelage est prioritairement orienté vers les groupes vulnérables de la population que constituent les enfants et les femmes.

On assiste à ce niveau, à une baisse progressive de l'aide publique au développement. L'insuffisance de la coordination de l'intervention des partenaires pour la réalisation d'objectifs communs, la non maîtrise des multiples procédures des bailleurs de fonds, influencent négativement la performance dans l'utilisation des ressources disponibles

2.2 Politiques mises en œuvre avant 2000 et leurs limites ;

2.2.1 Les politiques de portée sectorielle

La période avant 1990 a été marquée par l'élaboration et la mise en œuvre de la programmation sanitaire nationale qui était axée sur la stratégie des soins de santé primaires. A partir de 1990, le système de santé a connu de nouvelles réformes:

la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako a entraîné:

- l'application du recouvrement des coûts (vente des médicaments essentiels génériques et tarification) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- la mise en place d'une gestion autonome des ressources financières générées au niveau local,
- l'amorce de l'intégration des programmes de santé au niveau local,
- la promotion de la collaboration inter sectorielle en faveur de la santé,
- un effort de rationalisation des soins au niveau des centres de santé,
- une plus grande implication des communautés dans la gestion des formations sanitaires, à travers les comités de gestion des CSPS et les conseils de santé des districts.

Cette initiative n'ayant pas été accompagnée de mesures adéquates pour la prise en charge des indigents ni de systèmes de partage des risques, s'est souvent traduite par une réduction de l'accessibilité financière.

Les insuffisances dans la gestion des fonds et les contraintes liées à la participation communautaire constituent également des limites à la mise en œuvre de l'IB. Les insuffisances dans le domaine de la gestion notamment au niveau périphérique ont conduit le gouvernement à créer en 2002 des régies d'avances et de recettes au niveau des directions régionales de la santé et des districts sanitaires ;

la mise en place des districts sanitaires

Elle a constitué une étape importante dans le processus de décentralisation. Sous l'autorité de l'équipe cadre, le district sanitaire assure la planification opérationnelle, l'intégration des programmes verticaux, les prestations des soins, le développement des capacités de gestion, la formation des personnels, la participation communautaire et la collecte des données pour le SNIS. La Cellule d'Appui à la Décentralisation du Système de Santé (CADSS) a joué un rôle actif dans le renforcement des capacités des districts; néanmoins l'opérationnalisation des districts sanitaires accuse encore un grand retard.

Les districts sanitaires sont actuellement coordonnés et appuyés par 13 directions régionales de la santé, échelon intermédiaire du système de santé.

Cette décentralisation reste cependant limitée par de nombreuses contraintes institutionnelles et administratives, faible capacité de planification et de gestion au niveau du district, appui technique insuffisant au niveau régional, gestion centralisée des ressources humaines, insuffisances dans le fonctionnement des comités de gestion, faiblesse des activités de régulation et de contrôle par le niveau central, etc.) ;

la réforme hospitalière

La réforme du secteur hospitalier engagée depuis 1990 se situe dans la dynamique de la réforme du système de santé. L'objectif de la réforme est d'améliorer la performance des hôpitaux régionaux et nationaux et de permettre à chaque acteur hospitalier de mieux situer ses droits, ses obligations et ses responsabilités vis à vis de l'institution et des patients.

Le pays dispose depuis 1998, d'une loi hospitalière. La dernière réforme opérée en 2002 est l'adoption par l'Assemblée Nationale d'une loi accordant aux hôpitaux le statut d'établissement public de santé (EPS).

L'absence de schéma directeur et de projet d'établissement dans la plupart des hôpitaux, l'insuffisance dans le domaine managérial, l'organisation insuffisante des services médicaux d'urgence constituent entre autres, les points faibles dans le fonctionnement des hôpitaux ;

la réforme pharmaceutique

Depuis les indépendances, le secteur public pharmaceutique dominait largement le secteur privé, notamment dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments. Ainsi, un système de monopole de fait a-t-il été développé à travers les structures grossistes publiques: Pharmacie Nationale, Office National d'Approvisionnement Pharmaceutique (ONAP), Société Nationale d'Approvisionnement Pharmaceutique jusqu'à sa privatisation en 1986 suivie plus tard de sa liquidation.

A la faveur de la politique des MEG adoptée par le gouvernement et pour faire face aux difficultés d'approvisionnement du secteur public, la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG) a été mise en place pour accompagner l'Initiative de Bamako.

La CAMEG est chargée d'approvisionner en MEG les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif par le biais de dépôts dont la création a été accélérée après la dévaluation du FCFA en janvier 1994.

Cinq grossistes répartiteurs privés sont nés à partir de 1994 pour appuyer la centaine d'officines pharmaceutiques que compte le pays. En rappel, il s'agit de COPHADIS, FASO GALIEN, LABOREX, PHARMADANICA et SOCOPHARM.

Au niveau périphérique, tous les districts sanitaires disposent d'un dépôt répartiteur de MEG. En 2001, 95 % des CSPS disposaient d'un dépôt MEG fonctionnel.

La médecine et la pharmacopée traditionnelles sont utilisées par les populations urbaines et rurales. Les actions de collaboration avec le secteur sanitaire moderne et les activités de recherche et de promotion de la pharmacopée traditionnelle sont officiellement encouragées.

Quant à la politique des prix des médicaments, elle est soumise à deux impératifs. Les prix sont régulés d'une part par la loi du marché et d'autre part par la nécessité d'une accessibilité financière aux médicaments essentiels. Ainsi depuis 1994, les prix des MEG sont homologués et révisés une fois par an. Par contre les prix des médicaments non inscrits sur la liste des MEG sont fixés librement ;

le développement des programmes spécifiques de protection des groupes vulnérables

Il s'agit entre autres de programmes spécifiques suivants : programme élargi de vaccination, santé de la reproduction, programme de nutrition santé, programme de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, programme de lutte contre la lèpre, programme de lutte contre la tuberculose, programme de lutte contre le paludisme, programme de lutte contre la filariose lymphatique, programme d'éradication du ver de guinée, programme de dévotion (onchocercose et trypanosomiase), programme de lutte contre le trachome, programme de lutte contre le noma, etc.

La performance de ces programmes verticaux reste confrontée aux difficultés d'intégration lors de leur mise en œuvre au niveau local. Il persiste ainsi des

problèmes de rationalisation des interventions afin d'assurer l'efficacité dans l'utilisation des ressources humaines financières et matérielles ;

le développement du sous secteur sanitaire privé.

Dans le contexte actuel de ressources limitées allouées à la santé, la libéralisation de l'économie et l'orientation vers une plus grande liberté du choix des individus, la politique sanitaire nationale, a pris l'option de favoriser le développement accru du secteur sanitaire privé qui reste faible et confiné dans les deux grandes villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso.

2.2.2 Les politiques de portée inter sectorielle

- lutte contre les épidémies

Suite aux épidémies meurtrières de méningite cérébro-spinale et de rougeole survenues en 1996, le gouvernement a adopté un plan national de lutte contre les épidémies et a créé un fonds national de lutte contre les épidémies (FONALEP). Depuis 2001, est adopté chaque année par le Gouvernement un plan de riposte contre les épidémies. Il a également été mis en place un comité de surveillance des épidémies au plan national. Au niveau sous régional, un programme de coopération pour la lutte contre les épidémies a été mis en place sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé et de certains bailleurs de fonds.

- lutte contre le VIH/SIDA et les IST

La lutte contre le VIH/SIDA et les IST est multisectorielle. Un cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA couvrant la période 2001-2005 a été adopté par le Gouvernement. Le Conseil National de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CNLS-IST) est l'organe suprême de coordination du Plan National Multisectoriel. Il représente l'instance décisionnelle en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Il est rattaché à la Présidence du Faso. Le Secrétaire Permanent du CNLS-IST qui a le même ancrage institutionnel est un organe technique de coordination, d'appui technique et de suivi de l'ensemble des activités du plan national multisectoriel, lequel sera mis en œuvre à travers les structures décentralisées. Il s'agit des comités ministériels, provinciaux, départementaux, communaux et villageois. Le Ministère de la Santé dispose de son comité et un coordonnateur a été nommé.

- lutte contre les carences nutritionnelles.

Au sein du Ministère de la Santé, la lutte contre la malnutrition protéino-calorique et les carences en micro nutriments est organisée dans le cadre de projets spécifiques, soutenus par un Laboratoire National de Nutrition et actuellement le Laboratoire National de Santé Publique. Les activités sont coordonnées par la Direction de la Nutrition.

D'autres ministères techniques (Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques, Ministère des Ressources Animales, Ministère du Commerce, de la Promotion de l'Entreprise et de l'Artisanat, Ministère des

Enseignements Secondaires, Supérieur et de la Recherche Scientifique, Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation, Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, Ministère de l'Environnement et du Cadre de Vie) et divers partenaires extérieurs (FAO, PAM, ONG) assurent ou soutiennent les activités de sécurité alimentaire et de promotion de la nutrition.

- le programme d'approvisionnement en eau potable

Il constitue une mesure importante favorable à l'état de santé des populations (prévention des maladies hydriques).

- la stratégie pour le renforcement du rôle des femmes dans le processus de développement

L'adoption d'une politique nationale de population a permis le développement de la stratégie nationale de planification familiale et de renforcer progressivement la capacité opérationnelle des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale. Cette politique a également permis l'élaboration du code des personnes et de la famille ainsi que diverses activités de plaidoyer visant à améliorer le statut social de la femme, et à lutter contre les violences faites aux femmes. Cette politique a, suite à la Conférence du Caire, intégré le concept de santé de la reproduction et préconisé l'approche genre pour améliorer le statut et le rôle des femmes dans les actions de développement et de promotion sociale. La prise en compte de l'approche genre dans la mise en œuvre des programmes de santé a été jusqu'ici insuffisante. A ce sujet, des efforts restent à faire dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS tout en ne perdant pas de vue les nombreuses pesanteurs socio-culturelles.

- les mesures de politiques macro-économiques

Les mesures touchant principalement le secteur de la santé concernent :

- le choix des secteurs prioritaires dans le cadre des réformes économiques; il s'agit de la santé, de l'éducation de base et des régies financières ;
- la prise en compte du volet santé dans l'Initiative 20/20 et dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP);

2.3 Problèmes de santé et difficultés rencontrées

De nombreux efforts ont été fournis au cours de la dernière décennie pour améliorer l'état de santé des populations. Ces efforts ont notamment porté sur :

- l'extension de la couverture sanitaire ;
- la réorganisation du système de santé en système de santé de district ;
- le renforcement des effectifs et des compétences des différentes catégories de personnel de santé ;
- la mise en place d'un système cohérent et fonctionnel d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques dans le cadre de l'Initiative de Bamako ;
- le renforcement de la lutte contre la maladie à travers le développement de programmes spécifiques, y compris le programme élargi de vaccination ;
- l'autonomie de gestion accordée aux formations sanitaires ;

- la promotion de la participation de la population à la gestion des services de santé ;
- le maintien de la contribution de l'Etat aux dépenses publiques de santé à des niveaux acceptables.

Malgré ces efforts, plusieurs problèmes et difficultés subsistent.

2.3.1 Profil épidémiologique peu favorable

- Une multiplicité de pathologies dont les plus dominantes sont :
 - les endémo-épidémies : la morbidité générale élevée au sein de la population est principalement due aux endémo-épidémies locales et aux affections chroniques non transmissibles. La morbidité est surtout élevée chez les enfants de moins de 5 ans sans distinction de sexe. Les principaux motifs de consultation dans les services de santé de base sont le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, la rougeole et les infections sexuellement transmissibles.
 - les flambées épidémiques d'ampleur variable dues aux maladies telles la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la fièvre jaune et le choléra frappent de façon récurrente les populations. Une autre souche de méningite (*Neisseria meningitidis* - W135) dont le vaccin n'est pas suffisamment disponible et accessible a fait son apparition au cours d'une épidémie en 2002 ;
 - l'expansion de l'infection à VIH/SIDA : l'épidémie du VIH/SIDA est devenue un problème majeur de santé publique et de développement. Un demi million de personnes au Burkina Faso vivent aujourd'hui avec le VIH/SIDA. La prévalence de l'infection à VIH au sein de la population de 15-49 ans, bien qu'en relative diminution (7,17 % en 1997 et 6,5 en 2002) demeure très préoccupante. Le nombre de décès par an imputable au SIDA est estimé à 45 000 personnes. Les 3/4 des personnes atteintes sont des adultes jeunes de 15 à 40 ans. Le nombre de cas de SIDA notifiés ne cesse d'augmenter malgré la sous notification. Cette pandémie contribuera à réduire de plus en plus l'espérance de vie si des actions énergiques et efficaces ne sont pas mises en œuvre ;
 - les autres endémies sont :
 - la tuberculose, maladie réémergente due essentiellement à son association avec le VIH/SIDA ; le nombre de cas déclarés en nette augmentation passant de 1874 cas en 1996 à 2487 en 2001 ;
 - la lèpre dont l'évolution connaît une tendance à la baisse ces dernières années : le nombre de cas est passé de 1394 en 1996 à 836 en 2001 ;
 - la dracunculose ou ver de guinée dont l'incidence annuelle a baissé de 3241 cas rapportés en 1996 à 1029 en 2001 ;
 - la poliomyélite, maladie à éradiquer, et le tétanos néonatal, malgré les progrès enregistrés, restent encore des problèmes de santé publique;
 - la trypanosomiase humaine africaine et l'onchocercose bien que ne constituant plus des problèmes de santé publique, sont sous surveillance ;

- les maladies non transmissibles : certaines maladies non transmissibles, notamment les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les cancers sont en augmentation. Désormais ces affections chroniques dégénératives viennent s'ajouter aux maladies infectieuses auxquelles le pays doit parallèlement faire face. Il y a également un accroissement du nombre d'accidents de la voie publique, des traumatismes et des violences diverses.
- les carences nutritionnelles : la prévalence des carences nutritionnelles est élevée. Pour la malnutrition protéino-énergétique, 37% des enfants de 0 à 5 ans ont un retard de croissance et 13% des femmes en âge de procréer souffrent de malnutrition chronique. L'anémie touche 40% des femmes en âge de procréer et 70% des enfants de 0 à 5 ans. La prévalence des troubles dus à la carence en iode varie entre 0,5 et 64,8% selon les provinces. La prévalence de la cécité nocturne dépasse 1% chez les enfants de 2 à 10 ans;

- l'hygiène et l'assainissement ;

En matière d'hygiène et d'assainissement, le réseau d'évacuation des eaux pluviales est faible; ce qui provoque des inondations, l'insalubrité et la prolifération de vecteurs de maladie. L'utilisation des latrines reste très limitée en raison d'une part, de l'insuffisance des installations sanitaires et d'autre part, de pratiques socioculturelles inadaptées. La plupart des formations sanitaires sont dépourvus de clôtures ; ce qui les rend accessibles aux animaux et aux déchets transportés par le vent ; De façon générale, l'hygiène hospitalière reste insuffisante.

- l'existence et l'importance de groupes vulnérables ;

Si la situation sanitaire des populations burkinabè reste préoccupante de façon générale, les femmes, les enfants, les adolescents, les jeunes et certains travailleurs de par leurs caractéristiques constituent des groupes vulnérables :

- les femmes : la mortalité maternelle, est passée de 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1993 à 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998 (selon EDS 93 et 99). Les causes directes sont les infections, les hémorragies, les dystocies et les avortements provoqués. Outre ces causes, il existe d'autres facteurs comme le faible statut nutritionnel des mères, les grossesses nombreuses et rapprochées et leurs complications, la faible couverture prénatale, l'absence de directives de prise en charge des cas à risque et la faible utilisation des services de santé, en particulier des services de santé de la reproduction. En 1998, seulement 32 % des accouchements ont été assistés par un personnel qualifié de santé, 58 % des femmes enceintes ont été vues en consultation prénatale et la prévalence contraceptive était encore faible (10,20 %). Ces chiffres cachent des disparités entre les zones urbaines plus favorisées et les zones rurales ;
- les enfants : la situation sanitaire des enfants est liée à celle de la mère. Elle est illustrée par des taux élevés de morbidité et de mortalité. En effet, le taux de mortalité infantile est passé de 94 pour mille en 1993 à 105,3 pour mille en 1998. Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé, sur la même période, de 187 pour mille à 219,1 pour mille. Cette mortalité est due, entre autres, aux maladies transmissibles que sont le paludisme, les maladies cibles du programme élargi de vaccination

(PEV), la malnutrition, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës. En 2001, seulement 84 % des enfants de 0 à 11 mois avaient reçu le vaccin BCG, 64 % le DTCP3, 65 % le vaccin contre la rougeole et 52 % celui contre la fièvre jaune ;

- les adolescents et les jeunes: ce groupe est également soumis aux risques de grossesses non désirées, des mutilations génitales, des infections sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH ;
- les travailleurs: ils sont soumis à des risques de maladies professionnelles et d'accidents de travail, en particulier les ouvriers des usines, les orpailleurs et les travailleurs du secteur informel.

2.3.2 Insuffisance des ressources allouées aux activités de santé

- Niveau de financement de la santé

Bien que le budget alloué au secteur de la santé soit en continuelle hausse en valeur nominale, la proportion du budget de l'Etat qui lui est accordée (hors dépenses communes interministérielles) entre 1996 et 2000 est inférieure à 10 % avec un maximum de 9,23 % atteint en 1999. La norme de 10% préconisée par l'OMS et l'initiative 20/20 n'est pas atteinte.

- Ressources humaines insuffisantes, mal réparties et peu motivées

Les ressources humaines du secteur sanitaire public sont insuffisantes. En plus, il y a une disparité notoire dans la répartition du personnel entre d'une part, les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso et d'autre part, le reste du pays. Ces deux villes regroupaient à elles seules en 2001 environ 59 % des médecins, 49,7% des sages-femmes, 55,29% des attachés de santé et 30% des infirmiers diplômés d'Etat et 33,45% des infirmiers brevetés, alors qu'elles n'abritent qu'environ 10% de la population du pays. Les centres hospitaliers régionaux se caractérisent par une insuffisance notoire des spécialistes.

En 2001, 74% des CSPS répondaient aux normes minimales établies en personnel ; toutefois, les CMA et les formations sanitaires en zone urbaine, avaient un excédent en personnel toutes catégories confondues sans satisfaire pour autant aux normes de manière qualitative.

Les conditions de vie et de travail au niveau des CSPS ruraux (logements précaires ou inexistantes, manque d'opportunité pour la carrière, loisirs quasi inexistantes, salaires insuffisants, etc.) constituent des facteurs de démotivation du personnel de santé ; ce qui a pour conséquences entre autres, la mobilité du personnel à leur poste. En milieu urbain, cette démotivation se manifeste par l'utilisation du personnel du secteur public par le sous secteur sanitaire privé entraînant une aggravation de la pénurie du personnel qualifié et la réduction de la qualité des services.

- Médicaments et consommables médicaux insuffisamment disponibles

Le Burkina Faso, a un système d'approvisionnement fortement dépendant des importations provenant essentiellement des pays européens. La dévaluation du

FCFA intervenue en janvier 1994 a entraîné une augmentation du coût du médicament contrebalancé en partie par la promotion des MEG.

Les produits de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles sont d'un apport non négligeable dans l'offre thérapeutique mais ne sont pas suffisamment exploités et rationalisés pour permettre de réduire les achats de médicaments à l'extérieur.

L'industrie pharmaceutique nationale étant très embryonnaire et représentant seulement 2% du marché pharmaceutique national, la couverture en médicaments est assurée par les importations

Au nombre des faiblesses dans le domaine pharmaceutique, on peut signaler les points suivants:

- le code de santé publique en vigueur ne traite pas de tous les aspects importants du secteur du médicament tels que la qualité, les normes des établissements de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques ;
- la mauvaise répartition des structures de distribution ;
- le marché illicite des médicaments et l'automédication prenant de l'ampleur ;

- Insuffisance des ressources matérielles et de maintenance

Au niveau des formations sanitaires périphériques, les équipements prévus par le document des normes en cours de validation sont assez exhaustifs du point de vue de leur nature et de leur qualité. Ces normes ne sont pas suffisamment respectées. D'autre part les centres hospitaliers régionaux et nationaux sont sous équipés. Des problèmes de gestion se posent à tous les niveaux. En effet, les équipements médicaux et la logistique sont mal gérés, mal entretenus et parfois inadaptés.

L'insuffisance des crédits et la diversité technologique des équipements liée aux dons, à l'exigence de certains partenaires ou aux impératifs des procédures d'appel d'offre des marchés publics rendent la maintenance difficile. La politique de gestion du patrimoine (infrastructures, équipements, maintenance) n'est pas clairement définie. Les amortissements et remplacements du matériel ne sont pas planifiés. Il en résulte une faiblesse du plateau technique, notamment au niveau des formations sanitaires de référence et par conséquent des prestations de faible qualité.

- Insuffisance des infrastructures sanitaires

D'une manière générale, la couverture en infrastructures sanitaires se caractérise par son insuffisance et une inégalité dans la répartition des formations sanitaires selon les régions par rapport aux normes définies. Le rayon moyen d'action des formations sanitaires de base (CSPS, dispensaires et maternités confondus) était de 9,23 km en 2002.

2.3.3 Faible qualité des soins et mauvaise image des services de santé

Beaucoup de prestations de soins (curatifs, préventifs et promotionnels) ne sont pas disponibles au niveau des formations sanitaires à cause de l'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité. Le paquet minimum d'activités n'est pas entièrement offert dans toutes les formations sanitaires existantes.

Les formations sanitaires de référence ne sont pas toujours accessibles. Elles ne peuvent pas prendre en charge certains cas de maladies à cause de leur sous équipement et de l'insuffisance du personnel spécialisé. La référence et la contre référence sont mal organisées.

La qualité des soins offerts est insuffisante. Ces soins ne répondent pas toujours aux critères de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des populations.

2.3.4 Faible utilisation des services de santé

Les infrastructures existantes sont faiblement utilisées par les populations, notamment dans les zones rurales. Les raisons peuvent être de plusieurs ordres, géographique, financier et culturel.

Au plan national, le taux d'utilisation des services de santé (nombre de contacts par habitant et par an) a été en moyenne de 0,22/NC/habitant/an au cours des quatre dernières années.

L'évolution de la couverture vaccinale bien qu'en augmentation demeure une préoccupation.

Tableau N°4 Evolution du taux de couverture vaccinale (en %) chez les enfants de 0 à 11 mois sur la base des doses administrées de 1997 à 2001.

Années Antigènes	1997	1998	1999	2000	2001
BCG	46	52	60	79	84
DTCP3	28	31	42	56	64
Rougeole	33	38	43	58	65
Fièvre jaune	27	33	43	55	52

Source : Données de routine du PEV

2.3.5 Insuffisance de la prise en compte du sous secteur sanitaire privé et de la médecine traditionnelle

Le sous secteur sanitaire privé et la pharmacopée traditionnelle font partie intégrante du système de santé. Malheureusement, ils ne sont pas suffisamment pris en compte.

Il n'existe pas un plan de développement du sous secteur privé. Par ailleurs les données relatives à ses activités ne sont pas prises en compte dans l'annuaire statistique du Ministère de la Santé. La création récente d'une Direction Générale de la tutelle des Hôpitaux et du Sous Secteur Sanitaire Privé pourrait contribuer à une meilleure prise en compte de ce sous secteur. Quant à la médecine traditionnelle, elle demeure un parent pauvre des programmes de santé.

2.3.6 Insuffisance de la collaboration intersectorielle

De nombreux déterminants de la santé ne relèvent pas directement du domaine de compétence du Ministère de la Santé (ex: fourniture d'eau potable, assainissement, alimentation, sécurité routière). De même, la collaboration intersectorielle n'est pas organisée aux différents niveaux du système de santé. Les activités qui doivent concourir à un meilleur état de santé restent compartimentées tant au niveau central que périphérique.

2.3.7 Insuffisance de la coordination des partenaires

L'amélioration de la performance du secteur sanitaire dépend également de la capacité à mieux coordonner et rendre synergiques les interventions organisées par les différents partenaires. Malheureusement, cette capacité de coordination n'est pas suffisante. Malgré les progrès enregistrés, les cadres de concertation existant ne fonctionnent pas encore de façon optimale. Par conséquent, les ressources en faveur de la santé ne sont pas mobilisées de façon satisfaisante.

2.4 Défis.

De l'analyse de la situation sanitaire se dégagent les défis suivants :

- la réduction de la morbidité et de la mortalité : elle dépend de la capacité du système de santé burkinabè à influencer les nombreux problèmes de santé et notamment ceux liés aux pathologies endémo-épidémiques (paludisme, IRA, maladies diarrhéiques, maladies du PEV, etc.), à la forte mortalité maternelle, aux flambées épidémiques, à l'expansion de l'infection à VIH/SIDA et aux carences nutritionnelles.
- l'amélioration des performances des services de santé est un défi majeur dont l'atteinte dépendra de plusieurs conditions à remplir par le système de santé dont :
 - l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement du système de santé dans son ensemble de façon à créer une complémentarité et une synergie entre les

différentes structures sanitaires publiques et privées qui le composent;

- le renforcement des compétences du personnel dans l'organisation des services et dans la prise en charge adéquate des patients;
- la poursuite des réformes du système de santé et la mise en oeuvre de programmes spécifiques pertinents ainsi que l'amélioration de leur intégration;
- l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins pour les populations notamment pauvres ;
 - l'accroissement des ressources en quantité et en qualité pour le développement du secteur de la santé ; une attention toute particulière devra être portée au développement des ressources humaines qui conditionne le succès de la mise en oeuvre des programmes ;
 - l'un des défis majeurs consistera à pourvoir du personnel qualifié et motivé dans les structures de santé notamment en zone rurale selon les normes requises.
 - L'amélioration des capacités de mobilisation et de gestion des ressources financières et matérielles par tous les acteurs du système de santé y compris les populations, constitue un autre défi important à lever;
 - le renforcement de la coordination des interventions des partenaires et le développement du partenariat;
 - le renforcement de la collaboration inter sectorielle ;
 - le renforcement de la participation des communautés de base dans la gestion des activités de santé

3 LA POLITIQUE SANITAIRE NATIONALE ET LES INSTRUMENTS DE sa MISE EN OEUVRE

3.1 La Politique sanitaire nationale (PSN)

3.1.1 Fondements, principes de base et valeurs de la politique sanitaire nationale

Le secteur de la santé est un des secteurs sociaux les plus sensibles. Il est reconnu prioritaire par le Gouvernement et les partenaires au développement.

Le Burkina Faso a fondé sa politique de développement sanitaire sur la base des soins de santé primaires (Déclaration de Alma-Ata en 1978) et la stratégie de revitalisation par l'Initiative de Bamako adoptée en 1987 par la Région Africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Sur le plan législatif, la constitution de la IVème République (02 juin 1991) consacre la santé comme un droit fondamental de l'être humain. Le code de Santé Publique du Burkina Faso (1994) aborde les différents aspects de la jouissance de ce droit fondamental.

Cette constitution dispose en son article 18 que " la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux, constituent des droits sociaux reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir ".

Le Burkina Faso a adhéré à de nombreux engagement internationaux ou régionaux relatifs aux droits de l'homme et au droit à la santé. On peut citer :

- 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 Déclaration des Chefs d'Etat au Sommet du Millénaire à New-York ;
- la Charte de développement sanitaire de la région africaine d'ici à l'an 2000 ;
- la Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA : " Santé, base du développement ".
- le nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD).

Dans le cadre des mesures de lutte contre la pauvreté, le Burkina Faso bénéficie de l'initiative 20/20

Il a par ailleurs adhéré à la déclaration d'engagement de la 26ème session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) en 2001 relative au renforcement de la lutte contre le SIDA .

Les principes et valeurs qui sous-tendent la politique sanitaire nationale peuvent être énoncés comme suit :

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

3.1.2 But et objectifs de la politique sanitaire nationale

Le but de la politique sanitaire nationale est de contribuer au bien-être des populations.

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

Le but de la politique sanitaire nationale ne pourra être atteint qu'avec un ferme engagement politique, un leadership fort, un travail d'équipe et l'enthousiasme à servir et à assister autrui.

Le continuum des valeurs qui sous-tend les objectifs de la politique sanitaire se fonde essentiellement sur l'équité, la solidarité, l'efficacité et l'efficience.

La politique sanitaire nationale se fixe les objectifs ci-après :

Objectif général

L'objectif général de la politique sanitaire nationale est d'améliorer l'état de santé des populations.

Objectifs intermédiaires

Les objectifs intermédiaires de la politique sanitaire nationale sont les suivants :

- réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations ;
- renforcer la lutte contre le VIH/SIDA;
- améliorer le contrôle des facteurs de risque.

La PSN décline ensuite une série d'objectifs spécifiques et des stratégies qui servent de base pour la construction du plan national de développement sanitaire.

3.2 Le Plan national de développement sanitaire (PNDS)

La PSN pour sa mise en œuvre a été traduite par un plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 dont l'opérationnalisation se fera à travers des plans triennaux glissants.

3.2.1 Objectifs

Les objectifs généraux et intermédiaires du PNDS reprennent ceux de la PSN. Le plan s'articule autour de 8 objectifs intermédiaires qui regroupent 22 objectifs spécifiques ou programmes (tableau ci-dessous) Chaque programme est lui même scinder en axes d'intervention et en activités.

Tableau N°5 Objectifs / programmes du PNDS

Ces objectifs s'inscrivent dans ceux du Millénaire et du NEPAD en matière de santé présentés dans l'encadré N°1 ci-dessous.

Encadré N°1 : Objectifs du Millénaire et du NEPAD

a) Objectifs du Millénaire (Volet Santé):

- réduire la mortalité maternelle de $\frac{3}{4}$ d'ici 2015;
- réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de $\frac{2}{3}$ d'ici 2015;
- arrêter la propagation du VIH/SIDA d'ici 2015 ;
- apporter une assistance spéciale aux orphelins du VIH/SIDA ;
- Maîtriser le fléau du paludisme et des autres grandes maladies qui affligent l'humanité ;
- Encourager l'industrie pharmaceutique à rendre les médicaments essentiels plus largement disponibles et abordables pour tous d'ici 2020;

b) Objectifs du NEPAD* (Volet Santé):

- réduire les taux de mortalité infantile et post infantile de $\frac{2}{3}$ de 1990 à 2015;
- réduire les taux de mortalité liée à la maternité de $\frac{3}{4}$ de 1990 à 2015;
- assurer l'accès à des services génésiques à tous ceux qui en ont besoin d'ici 2015 ;
- réduire la prévalence du VIH chez les jeunes de 25% d'ici 2010 ;
- réduire de 50% les taux de mortalité et de morbidité dus à la tuberculose d'ici 2010 ;
- réduire de 50% les taux de mortalité et de morbidité dus au paludisme d'ici 2010 ;

* selon les derniers documents de la rencontre des experts responsables de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé et du NEPAD (Dakar, les 9-11/12/02).

3.3 Plan d'action triennal (2003-2005)

3.3.1 Présentation du plan triennal

Le plan triennal 2003-2005 et une actualisation du plan triennal 2001-2003 duquel l'ensemble des activités déjà réalisées ont été extraites.

Le plan triennal reprend selon le même plan que le PNDS l'ensemble des priorités par programme.

Chaque activité est affectée à un service central ou déconcentré du Ministère de la Santé. Un chronogramme sur 3 ans définit les priorités.

Le programme physique du plan triennal ainsi que les indicateurs nécessaires à son suivi-évaluation sont présentés en détail respectivement dans les annexes N°2&3 du présent document.

3.3.2 Les enjeux du plan triennal

Le plan triennal 2003 – 2005 doit relever des défis majeurs qui conditionnent la réussite du PNDS et l'atteinte des objectifs de la PSN. Il doit en effet édifier des bases solides sur lesquels s'appuieront l'ensemble des réalisations du PNDS.

Ces défis concernent entre autres :

- Les organes de mise en œuvre et de suivi du PNDS et du plan triennal décrit au chapitre 5 devront rapidement être opérationnels et faire preuve d'efficacité pour identifier à temps tout dysfonctionnement.
- Une politique de gestion des ressources humaines équitable devra définir clairement les droits et devoirs du personnel de santé sur lequel s'appuie la majorité des réalisations du PNDS.
- Les moyens nécessaires devront être investis pour permettre une décentralisation effective des services de santé.
- Le Ministère de la Santé chargé du pilotage et de la mise en œuvre du PNDS devra faire l'objet d'un renforcement institutionnel;
- La place et le rôle du secteur sanitaire privé, partie intégrante du système de santé devra être clairement définie pour permettre une complémentarité et un régulation effective.
- Enfin, par la mise en place de procédures de gestion et de mécanismes de suivi et d'évaluation performants, le plan triennal devra permettre d'édifier des bases solides pour développer l'approche sectorielle retenue comme choix politique par le gouvernement dans le financement des services de santé.

Des groupes de travail composés d'éléments des directions centrales du Ministère de la Santé et des partenaires au développement socio-sanitaire ont déjà entamé des réflexions sur ces différents thèmes. Ces réflexions devraient rapidement aboutir à des réalisations concrètes.

3.3.3 Coût du plan d'action 2003-2005

Le coût du plan d'action 2003-2005 est estimé à 246 834 millions Fcfa (cf. tableau ci-dessous) :

Tableau N° 6 : Estimation du coût révisé du plan d'action 2003-2005 (en milliers Fcfa)

	2003	2004	2005	2003-2005
A1.Coûts courants des services publics	34 912 111	37 185 043	39 618 600	111 715 754
A2. Coûts induits par les programmes	48 697 106	47 148 506	39 272 759	135 118 371
1. Accroissement de la couverture sanitaire	20 871 347	17 548 092	8 088 308	46 507 747
2-Amélioration de la qualité et de l'utilisation des services	3 238 214	3 613 961	3 781 010	10 633 186
3-Lutte contre les maladies	6 083 635	6 158 739	6 364 395	18 606 769
4-Réduction de la transmission du VIH	9 507 243	9 723 855	9 852 688	29 083 786
5-Développement des ressources humaines	6 749 300	7 850 132	8 913 976	23 513 408
6-Amélioration de l'accessibilité financière	1 042 466	1 001 491	1 054 112	3 098 070
7-Accroissement des financements du secteur de la santé	313 493	341 002	351 419	1 005 914
8-Renforcement des capacités institutionnelles du Ministère	891 406	911 233	866 851	2 669 491
A. Coûts Totaux (A1+A2)	83 609 217	84 333 549	78 891 359	246 834 125

La répartition du coût par niveau d'intervention est indiquée dans le tableau ci-dessous.

Tableau N°7: Estimation du coût révisé du plan d'action 2003-2005 par niveau d'intervention (en milliers Fcfa)

Période 2003-2005				
	Central	Régional	District	Total
A. Coûts Totaux (A1+A2)				246 834 125
A1.Coûts courants des services publics				111 715 754
A2. Coûts Additionnels des programmes	68 625 631	10 681 733	55 811 006	135 118 371
1. Accroissement de la couverture sanitaire	3 419 858	6 693 075	36 394 814	46 507 747

2-Amélioration de la qualité et de l'utilisation des services	4 431 326	880 513	5 321 347	10 633 186
3-Lutte contre les maladies	10 148 957	863 716	7 594 096	18 606 769
4-Réduction de la transmission du VIH	27 030 459	410 619	1 642 708	29 083 786
5-Développement des ressources humaines	21 779 915	173 543	1 559 950	23 513 408
6-Amélioration de l'accessibilité financière	241 448	344 542	2 512 079	3 098 070
7-Accroissement des financements du secteur de la santé	439 365	173 543	393 006	1 005 914
8-Renforcement des capacités institutionnelles du Ministère	1 134 303	1 142 182	393 006	2 669 491

Le niveau central comprend les directions centrales, les structures et centres nationaux, ainsi que les CHN. Le niveau régional comprend les DRS et les CHR; le niveau périphérique comprend les districts sanitaires. Une analyse des coûts additionnels des programmes indique la répartition suivante: 51 % au niveau central, 6% au niveau régional et 41% au niveau périphérique. La part du niveau central se trouve élevée du fait qu'elle intègre dans son budget les coûts de certaines activités réalisées aux niveaux périphérique et régional ou pour leur compte (vaccins, infrastructures, etc.).

1

4 COUT ET FINANCEMENT DU PNDS

L'élaboration du document de base de la Table Ronde a utilisé entièrement pour le Cadrage Financier, la Méthodologie et l'essentiel des chiffres du Cadrage Macro-économique et Financier du PNDS tels que présentés dans la Note Technique de la Mission de Cadrage Macro-économique et Financier du PNDS, réalisée par la Banque Mondiale (cf. annexe N°4). Pour les besoins d'actualisation, les coûts du programme " accroissement de la couverture sanitaire " pour l'année 2002 ont été reportés à parts égales sur 2003 et 2004 et après avoir tenu compte des coûts des investissements réalisés en 2001.

Quant aux autres programmes, les coûts de 2002 n'ont pas été reportés. Le coût de la mise en œuvre du PNDS révisé pour la période restante 2003-2010 est estimé à 649 188 millions Fcfa (cf. tableau ci-dessous) dont 246 834 Fcfa pour 2003-2005.

En ce qui concerne l'actualisation des financements, les prévisions du cadre des dépenses à moyen terme 2003-2005 ont été utilisées pour les ressources budgétaires de l'Etat et les fonds alloués au Ministère de la Santé dans le cadre de l'Initiative PPTE. Le montant des financements internes et externes attendus sur la période 2003-2010 est de 529 106 millions Fcfa.

La répartition est la suivante :

- capacité de financement interne :
428 867 millions Fcfa ;
- ressources budgétaires: 305 613 millions Fcfa ;
- ressources Initiative PPTE : 73 236 millions Fcfa ;
- financement local : 50 018 millions Fcfa ;
- financement extérieur :

100 238 millions Fcfa

Le besoin de financement sur la période 2003-2010 est de 120 082 millions Fcfa dont 53 803 millions Fcfa pour la période triennale 2003-2005.

Tableau N°8 : Rapprochement des coûts et des financements du PNDS (en milliers de Fcfa)

	Coût 2003	Coût 2004	Coût 2005	2003-2005
A. Coûts Totaux (A1+A2)	83 609 217	84 333 549	78 891 359	246 834 125
A1.Coûts courants des services publics	34 912 111	37 185 043	39 618 600	111 715 754
A2. Coûts Additionnels des programmes	48 697 106	47 148 506	39 272 759	135 118 371
1-Accroissement de la couverture sanitaire	20 871 347	17 548 092	8 088 308	46 507 747
2-Amélioration de la qualité et de l'utilisation des services	3 238 214	3 613 961	3 781 010	10 633 185
3-Lutte contre les maladies	6 083 635	6 158 739	6 364 395	18 606 769
4-Réduction de la transmission du VIH	9 507 243	9 723 855	9 852 688	29 083 786
5-Développement des ressources humaines	6 749 300	7 850 132	8 913 976	23 513 408
6-Amélioration de l'accessibilité financière	1 042 466	1 001 491	1 054 112	3 098 070
7-Accroissement des financements du secteur de la santé	313 493	341 002	351 419	1 005 914
8-Renforcement des capacités institutionnelles du Ministère	891 406	911 233	866 851	2 669 491
B. Capacités de financement interne (B1+B2+B3)	49 226 445	51 350 356	54 715 054	155 291 855
B1. Dépenses du Ministère de la Santé	33 388 325	35 903 916	39 386 809	108 679 050
a) Dépenses d'investissement de la santé	5 012 628	5 780 795	6 877 290	17 670 713
b) Dépenses de fonctionnement	28 375 697	30 123 121	32 509 519	91 008 333
i) Dépenses de personnel	10 909 392	12 193 385	13 477 982	36 580 759
ii) Autres dépenses de fonctionnement	6 034 148	5 932 869	6 474 479	18 441 496
iii) Transferts	11 432 157	11 996 868	12 557 058	35 986 083
B2. Fonds alloués à la santé dans le cadre du PPTE	9 724 000	9 248 000	9 044 000	28 016 000
B3. Financement local	6 114 120	6 198 440	6 284 245	18 596 805
a) Recettes générées dont	6 114 120	6 198 440	6 284 245	18 596 805
i) CHN	891 626	918 375	945 926	2 755 927
ii) CHR	534 624	545 317	556 223	1 636 164
iii) Formations sanitaires périphériques	4 687 870	4 734 748	4 782 096	14 204 714
C- Financement extérieur	12 738 933	12 500 000	12 500 000	37 738 933
i) Aides étrangères : prêts, dons multi-bilatéraux (recensés et anticipés)	10 500 000	10 500 000	10 500 000	31 500 000
iii) ONG/autres (recensés et anticipés)	2 238 933	2 000 000	2 000 000	6 238 933
D- Total des financements (B + C)	61 965 378	63 850 356	67 215 054	193 030 788
E- Besoins de financements (A-D)	21 643 839	20 483 193	11 676 305	53 803 337

La répartition par niveau du coût du PNDS est indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau N°9: Estimation du coût révisé du PNDS période 2006-2010 par niveau d'intervention (en milliers Fcfa)

Période 2006-2010				
	Central	Régional	District	Total
A. Coûts Totaux (A1+A2)				402 353 986
A1.Coûts courants des services publics				198 093 000
A2. Coûts Additionnels des programmes	118 385 928	9 727 555	76 147 504	204 260 986
1. Accroissement de la couverture sanitaire	2 135 495	1 223 084	38 459 494	41 818 073
2-Amélioration de la qualité et de l'utilisation des services	8 032 352	1 482 280	9 390 416	18 905 048
3-Lutte contre les maladies	16 938 631	1 482 280	13 401 067	31 821 978
4-Réduction de la transmission du VIH	45 499 770	704 691	3 058 979	49 263 440
5-Développement des ressources humaines	41 317 365	323 996	4 775 571	46 416 932
6-Amélioration de l'accessibilité financière	2 042 187	2 227 054	5 674 927	9 944 167
7-Accroissement des financements du secteur de la santé	739 573	323 996	693 525	1 757 094
8-Renforcement des capacités institutionnelles du Ministère	1 680 555	1 960 174	693 525	4 334 254

5 MISE EN OEUVRE ET SUIVI DU PNDS

5.1 Mécanisme de mise en oeuvre

La mise en œuvre du PNDS sera coordonnée par le comité de suivi dont l'organisation, les attributions et le fonctionnement sont décrits dans l'arrêté conjoint N°2003-104/MS/MFB du 27 février 2003 (cf. annexe N°5).

Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et le plan triennal définissent les objectifs prioritaires à réaliser par le gouvernement dans le secteur de la santé. La traduction de ces objectifs sur le terrain sous forme de résultats se fera à travers les plans annuels des structures centrales, déconcentrées et décentralisées, selon la démarche suivante:

- sur la base des programmes prioritaires et des indicateurs de performances des services chargés de la mise en œuvre du plan, le Ministère adresse avant le début d'une nouvelle année, une directive contenant :
 - un rappel succinct de la situation nationale, et ce au regard des programmes prioritaires et des indicateurs de performances (résultats) y afférents ;
 - une indication des nouveaux objectifs nationaux à réaliser pour l'année suivante.
- à partir de cette directive du niveau central, les districts élaborent leurs plans opérationnels et les directions régionales leur plans d'appui aux districts (coordination, supervision, formation, etc.), y inclus un rappel succinct de la situation sanitaire pour l'année écoulée, ainsi que les objectifs pour chacun des niveaux opérationnels (districts, hôpitaux), ceci en fonction des ressources mobilisables et des réalités du terrain (intervenants locaux, degré de mobilisation des populations, etc..) ;
- ensuite l'arbitrage/adoption des plans à tous les niveaux selon les modalités à définir par le Comité de Suivi;

En terme, le renforcement institutionnel devrait permettre d'enrichir le processus par les étapes suivantes :

- synthèse des budgets par le niveau central,
- convocation d'une rencontre (Comité de suivi) en vue du financement des plans de tous les niveaux. Une telle réunion comprendrait, outre les membres statutaires du Comité de suivi, les DRS,
- signature de contrats d'objectifs entre le niveau central d'une part, et chaque district et région sanitaire d'autre part. Chaque contrat rappellera :
 - les objectifs à réaliser par niveau
 - le budget du plan annuel
 - le financement complémentaire à apporter par le niveau central
- une évaluation rapide des plans (performances) et un audit des comptes de chaque niveau au bout du semestre permettront de s'assurer que :
 - les ressources nécessaires ont été mobilisées à temps et ont été affectées aux activités pour lesquelles elles ont été prévues,
 - les pièces justificatives sont exactes et complètes,
 - les objectifs ont été atteints.

A cet effet le comité de suivi finalisera le projet de manuel de procédures qui fournira le détail des attributions et les responsabilités de tous les acteurs. Le Ministre des Finances et du Budget assurera en collaboration avec le Ministre de la Santé, la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PT/PNDS.

La mise en œuvre des recommandations et des plans d'action issues des réflexions sur les notes techniques (décentralisation, approche sectorielle, ressources humaines, secteur privé, renforcement institutionnel) constitue une des activités prioritaires du PNDS.

5.2 Cadre de suivi et d'évaluation du PNDS

Le Comité de suivi du PNDS constitue le cadre de suivi/évaluation du plan. Le suivi se fera selon un tableau d'indicateurs principaux élaborés et révisés par le Comité de suivi. Ces indicateurs permettent d'apprécier les performances des services chargés de la mise en œuvre des programmes.

Ainsi, chaque district sanitaire (chaque CSPS, chaque CMA) et chaque Centre hospitalier (CHR, CHN) disposera d'indicateurs en fonction du paquet minimum d'activités (PMA) qui lui a été défini et pour chacun des programmes qui lui incombent.

Les indicateurs de suivi/évaluation du PNDS seront un enrichissement des indicateurs retenus pour le suivi de la mise en œuvre du CSLP. Cela permettra de disposer d'un panel d'outils pertinents de mesure des performances des services par niveaux du système de santé. La liste des indicateurs pourra être révisée en fonction de l'évolution du plan.

Outre les rapports périodiques que ces structures enverraient régulièrement à la DEP/Santé, le Comité de Suivi du PNDS pourra, selon les besoins, commanditer des enquêtes complémentaires permettant une analyse complète et objective de la mise en œuvre du plan. Des revues périodiques régulières seront organisées avec la participation des partenaires au développement. Les rapports du secrétariat technique du Comité de Suivi sont alimentés par les rapports périodiques du niveau opérationnel, des études spécifiques et des revues internes/externes.

La compilation et l'analyse des rapports complétées par les résultats des enquêtes fourniront ainsi des bases d'appréciation périodique (tous les six mois) au Comité de Suivi.

5.3 Facteurs favorables et contraintes.

La mise en œuvre d'un tel programme par le Ministère de la Santé, nécessite une bonne capacité organisationnelle.

En effet, le secteur de la santé depuis une dizaine d'années constitue l'un des secteurs prioritaires d'interventions du gouvernement et des partenaires au

développement. Le Ministère de la Santé devra mettre un accent particulier sur sa capacité de mise en œuvre s'il veut réaliser l'ensemble du programme d'un montant de 649 188 millions Fcfa soumis à la Table Ronde.

Une plus grande mobilisation sera donc nécessaire au niveau de tous les acteurs de la santé: services techniques centraux et déconcentrés, collectivités décentralisées, entreprises locales, animateurs, responsables de projets, ONG.

Le double objectif visé de coordination et de décentralisation, qui surplombe l'ensemble du programme présenté à la Table Ronde, implique nécessairement un affinement de la conception et de l'ingénierie des actions à mener, un appui institutionnel aux services des administrations centrales, déconcentrées et aux collectivités décentralisées concernées.

La bonne exécution du PNDS dépend de l'environnement dans lequel il est mis en œuvre, donc d'un certain nombre de facteurs favorables qu'il faudra capitaliser et de contraintes qu'il convient d'identifier et de surveiller.

5.3.1 Les facteurs favorables

- L'existence d'une volonté politique en faveur du développement sanitaire

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

l'adoption des principes qui ont sous tendus l'édification et l'adoption de la politique sanitaire nationale et du PNDS.

- L'existence d'une carte sanitaire nationale

La perspective du développement sanitaire repose avant tout sur une connaissance parfaite des structures de santé dont on dispose et leur répartition sur le territoire national. La carte sanitaire, malgré quelques insuffisances, est sans conteste un outil indispensable à la planification de la couverture sanitaire et à l'instauration d'une plus grande équité dans l'allocation des ressources internes et externes.

- L'option de la décentralisation

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

- L'important capital d'expériences en matière de participation communautaire

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

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

L'existence de soutien au développement sanitaire par de nombreux partenaires

Le pays bénéficie depuis longtemps du soutien important de nombreux partenaires pour son développement et particulièrement celui des secteurs sociaux de base comme la santé. Depuis l'élaboration des documents de la Table Ronde des secteurs sociaux, l'engagement des partenaires aux côtés du Ministère de la Santé a été constant. Il s'est concrétisé davantage durant tout le processus d'élaboration des documents de la PSN et du PNDS.

L'existence de manuels de procédures de gestion financière

Le Burkina-Faso dispose dans le cadre de la mise en œuvre des différents projets de développement sanitaire, de plusieurs manuels de procédures de gestion dont l'exploitation permettra une harmonisation en vue de l'élaboration d'un manuel unique.

L'existence d'une politique de médicaments essentiels génériques et d'un Laboratoire National de Santé Publique

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

L'approche sectorielle pour la santé

Le Ministère de la Santé a amorcé des échanges sur l'approche sectorielle avec différents partenaires au développement sanitaire. Cette approche permettra une mise en œuvre harmonieuse du PNDS et du plan triennal en respectant l'équilibre régional et l'équité.

5.3.2 Les contraintes

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

La situation économique difficile

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

Le faible niveau d'instruction des populations

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

Les pesanteurs socioculturelles

Les pesanteurs socioculturelles sont à la base d'un certain nombre de comportements néfastes à la santé de certains groupes de la population comme les femmes et les enfants. Cela se traduit entre autres, par la persistance de certaines pratiques traditionnelles néfastes telles l'existence de tabous alimentaires, la pratique de l'excision, les violences domestiques.

CONCLUSION

L'élaboration et l'adoption du PNDS sont survenus dans un contexte marqué par:

- une situation sanitaire caractérisée par une morbidité et une mortalité générale très élevées imputables en grande partie aux maladies infectieuses et parasitaires dont le potentiel élevé de transmission est lié à un environnement hostile conjugué à l'absence d'un minimum de conditions d'hygiène de l'eau et du milieu ;
- l'apparition et l'expansion du VIH/SIDA et la persistance de certaines endémo-épidémies telles que le paludisme, la méningite, la rougeole et le choléra. Les comportements et les habitudes de vie renforcent l'impact de ces maladies qui se développent sur un terrain souvent fragilisé par la malnutrition ;
- l'insuffisance et la mauvaise répartition des ressources financières, matérielles et des infrastructures sanitaires ;
- l'insuffisance de la collaboration intersectorielle et de la coordination des partenaires au développement sanitaire ;
- la mise en œuvre d'un certain nombre de politiques dont celle ayant trait à la création des districts et régions sanitaires, la réforme hospitalière, la réforme pharmaceutique avec leurs limites.

Ce tableau peu reluisant indique l'ampleur des défis et des enjeux à relever à travers la mise en œuvre du PNDS dont les objectifs s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

Le coût de la mise en œuvre du PNDS révisé pour la période restante 2003-2010 est estimé à 649 188 millions Fcfa dont 246 834 Fcfa pour 2003-2005. En ce qui concerne les financements internes et externes attendus, le montant estimé sur la période 2003-2010 est de 529 106 millions Fcfa d'où un besoin de financement additionnel de 120 082 millions de Fcfa dont 53 803 millions pour la période 2003-2005.

La mobilisation des ressources financières additionnelles s'avère indispensable à l'exécution du PNDS. Ces ressources contribuent au succès du PNDS au même titre que la bonne gouvernance, le renforcement institutionnel, l'administration de la mise en œuvre du plan triennal et du PNDS.

Les contraintes auxquelles doit faire face la mise en œuvre du plan triennal et du PNDS sont nombreuses : situation économique difficile, faible capacité gestionnaire des structures décentralisées, faible niveau d'instruction des populations, etc. Cependant, plusieurs facteurs favorables en l'occurrence, l'existence d'une volonté politique en faveur du développement sanitaire, l'option de la décentralisation et l'approche sectorielle pour la santé, constituent des opportunités certaines pour la mise en œuvre du PNDS dont le succès pourra être mesuré à travers les mécanismes et les indicateurs de suivi-évaluations définis.

ANNEXES

Annexe N°1 : Situation des formations sanitaires 2002

Annexe N°2 : Programmation physique

Annexe N°3 : Les indicateurs de suivi et d'évaluation du plan triennal

Annexe N°4 : Méthodologie pour le Cadrage Financier

Annexe N°5 : Résumé des réflexions sur les notes techniques des partenaires relatives à la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire.

Annexe N°6 : Arrêté conjoint N° 2003/104/MS/MFB portant organisation, attributions et fonctionnement du Comité de suivi du Plan National de Développement Sanitaire.