

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
UNITE-PROGRES-JUSTICE

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

Tranche 2006 - 2010

Mars 2007

TABLE DES MATIERES

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	III
INTRODUCTION	VI
1. RAPPEL DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE	1
2. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA TRANCHE 2001-2005	3
2.1. Principaux résultats par objectif intermédiaire	3
2.1.1. Objectif intermédiaire N°1 : accroître la couverture sanitaire nationale	3
2.1.2. Objectif intermédiaire N°2 : améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé	6
2.1.4. Objectif intermédiaire N° 4 : réduire la transmission du VIH	13
2.1.5. Objectif intermédiaire N°5 : développer les ressources humaines en santé	16
2.1.6. Objectif intermédiaire N°6 : améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé	18
2.1.7. Objectif intermédiaire N°7 : accroître les financements du secteur de la santé	19
2.1.8. Objectif intermédiaire N°8 : renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé	21
2.2. Financement de la tranche 2001 – 2005 du PNDS	23
2.2.1. Les financements mobilisés et les prévisions de financement	24
2.3. Conditions de mise en œuvre de la tranche 2001-2005	26
2.3.1. Facteurs favorables	26
2.3.2. Conditions de succès relevées	26
2.3.3. Contraintes et leçons apprises	27
2.4. Suivi et Evaluation de la mise en oeuvre	28
3. TRANCHE 2006-2010 DU PNDS	30
3.1. Contexte général	30
3.1.1. Données géographiques	30
3.1.2. Données démographiques	30
3.1.3. Données socio-culturelles	30
3.1.4. Situation économique	31
3.1.5. Organisation politique et administrative	32
3.2. Situation sanitaire	32
3.2.1. Etat de santé des populations	32
3.2.2. Système national de Santé	33
3.2.3. Problèmes prioritaires	33
3.3. Objectifs du plan 2006 - 2010	37
3.4. Axes d'intervention/Stratégies	39
3.5. Programmation des activités pour la tranche 2006 – 2010	41
3.6. Coût et financement	41
3.6.1. Coût prévisionnel du plan 2006-2010	42
3.6.2. Rapprochement des coûts et financements de la tranche 2006-2010	44
3.7. Mise en œuvre du plan 2006-2010	46
3.7.1. Facteurs favorables et contraintes	46
3.7.2. Mécanisme de mise en œuvre	49
3.7.3. Suivi et évaluation du PNDS	50

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	:	Anti Retro Viraux
CADSS	:	Cellule d'Appui à la Décentralisation du Système Sanitaire
CaDP	:	Cadre et Directives de Planification
CAMEG	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CASEM	:	Conseil d'Administration du Secteur Ministériel
CES	:	Certificat d'Etudes Spécialisées
CIFRA	:	Centre International de Formation en Recherche Action
CHN	:	Centre Hospitalier National
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CM	:	Centre Médical
CMA	:	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNN	:	Centre National de Nutrition
COGES	:	Comité de Gestion
CPN	:	Consultation Périnatale
CSD	:	Conseil de Santé de District
CSLP	:	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSLS	:	Cadre Stratégique de Lutte contre le Sida
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CS/PNDS	:	Comité de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire
CTA	:	Centre de Traitement Ambulatoire
CTRS	:	Comité Technique Régional de Santé
DAF	:	Direction de l'Administration et des Finances
DC	:	Direction Centrale
DCPM	:	Direction de la Communication de la Presse Ministérielle
DEP	:	Direction des Etudes et de la Planification
DGIEM	:	Direction Générale des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DGPML	:	Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires

DGHSP	:	Direction Générale de la tutelle des Hôpitaux publics et du sous secteur Sanitaire Privé
DHPES	:	Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé
DN	:	Direction de la Nutrition
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DRD	:	Dépôt Répartiteur de District
DS	:	District Sanitaire
ECD	:	Equipe Cadre de District
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
ENSP	:	Ecole Nationale de Santé Publique
ENAM	:	Ecole Nationale d'Administration et de la Magistrature
FRSIT	:	Forum de la Recherche Scientifique et des Innovations technologiques
FS	:	Formation Sanitaire
GDT	:	Guide de Diagnostic et de Traitement
HTA	:	Hypertension Artérielle
IDH	:	Indice de Développement Humain
IEC	:	Information - Education – Communication
IRSS	:	Institut de Recherche en Sciences de la Santé
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MCD	:	Médecin Chef de District
MCS	:	Méningite CérébroSpinale
MEG	:	Médicaments Essentiels Génériques
MEO	:	Mise en Oeuvre
MPE	:	Malnutrition Protéino Energétique
MS	:	Ministère de la Santé
NC	:	Nombre de Contact
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PA	:	Plan d'Action annuel
PADS	:	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PCA	:	Paquet Complémentaire d'Activités

PDDEB	:	Plan Décennal de Développement de l'Education de Base
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PNAN	:	Plan National d'Action en matière de Nutrition
PNAQ	:	Politique Nationale d'Assurance Qualité
PNIEC	:	Politique Nationale en matière d'Information, d'Education et de Communication
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTTE	:	Pays Pauvre Très Endetté
PSN	:	Politique Sanitaire Nationale
PTME	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers
RAMS	:	Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé
RHS	:	Ressources Humaines en Santé
TIC	:	Technologie de l'Information et de la Communication
TRS	:	Table Ronde Sectorielle
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UFR/SDS	:	Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
SBC	:	Services à Base Communautaire
SIDA	:	Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis e
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SR	:	Santé de la Reproduction
SOU	:	Soins Obstétricaux d'Urgence
VAA	:	Vaccin Anti Amaril
VAR	:	Vaccin Anti Rougeoleux
VAT2+	:	Vaccin Anti Tétanique 2 et plus
VIH	:	Virus de l'Immuno-déficienc e Humaine

INTRODUCTION

Le Burkina Faso s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2001 à 2010 pour mettre en œuvre sa Politique Sanitaire Nationale (PSN). L'élaboration du PNDS a été suivie de celle du Plan Triennal 2001 – 2003, qui a été effectivement mis en œuvre durant 2003 - 2005.

La tranche 2006 – 2010 du PNDS, tout comme la tranche précédente, se veut être un outil d'opérationnalisation du PNDS. A ce titre, il reste conforme à l'objectif général du PNDS qui est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations et aux objectifs intermédiaires et spécifiques qui en découlent.

Ce document est l'aboutissement d'une très large concertation et d'un processus participatif ayant impliqué aussi bien les responsables des directions centrales du Ministère de la Santé que les représentants des Directions Régionales de la Santé, des Districts Sanitaires et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). En effet, son élaboration s'est appuyée sur le rapport des commissions techniques mises en place à cet effet et dont les membres étaient composés des responsables des directions centrales du Ministère, des représentants des Directions Régionales de la Santé, des Districts Sanitaires et des partenaires techniques et financiers. Les travaux effectués par ces commissions tant en groupes qu'en plénière se sont basés sur plusieurs documents de référence dont la Politique Sanitaire Nationale (PSN), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001-2010, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), les rapports du Comité de suivi du PNDS et des commissions techniques de suivi du PNDS ainsi que les conclusions du rapport d'évaluation à mi- parcours du PNDS.

Ce faisant, il prend en considération d'une part, les grandes évolutions et/ou tendances ayant marqué la société burkinabé au niveau de la démographie, de la conjoncture économique et politique ou encore des mentalités et modes de vie durant la période écoulée et d'autre part, les besoins, attentes et aspirations de la population en matière de santé pour les années à venir.

Conscient des enjeux en la matière et des engagements internationaux pris par le pays dans le cadre de divers sommets de chefs d'Etat et/ou rencontres internationales (Abuja, Syrte, Stockholm), le plan 2006 – 2010 de mise en œuvre du PNDS se propose de déployer une stratégie originale dite des « actions à gain rapide » sur les grandes problématiques que sont notamment le SIDA, le paludisme, la santé de la mère et de l'enfant ou encore la nutrition. Cette stratégie :

- identifie de façon sélective, des actions ou des activités prioritaires qui, prises individuellement ou combinées, devraient avoir un effet de levier et un impact significatif sur les indicateurs de référence ;
- concentre sur lesdites actions ou activités, les ressources notamment financières mises à disposition tant par l'Etat que par les partenaires au développement.

Le plan comprend trois grandes parties : le rappel sur le PNDS, le bilan de la tranche 2001 – 2005 et la tranche 2006 – 2010. Le plan inclut enfin, un planning opérationnel qui précise les responsables des activités et les années au cours desquelles ces activités doivent être menées.

1. RAPPEL DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

Le Plan National de Développement Sanitaire découle de la Politique Sanitaire Nationale dont le but est de contribuer au bien-être des populations.

L'Objectif général du plan est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations.

Les objectifs intermédiaires sont :

- accroître la couverture sanitaire nationale ;
- améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
- renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles ;
- réduire la transmission du VIH ;
- développer les ressources humaines en santé ;
- améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
- accroître les financements du secteur de la santé ;
- renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

Les objectifs spécifiques par objectif intermédiaire se présentent comme suit :

- **ACCROITRE LA COUVERTURE SANITAIRE NATIONALE**
 - développer les infrastructures sanitaires et les équipements ;
 - opérationnaliser les districts sanitaires ;
 - développer les services à base communautaire ;
 - renforcer la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre de soins.
- **AMELIORER LA QUALITE ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE**
 - développer une stratégie nationale d'assurance qualité des services ;
 - améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité ;
 - renforcer les activités de soutien et de promotion de la santé.
- **RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES**
 - promouvoir la santé des groupes spécifiques ;
 - réduire l'incidence et la prévalence des maladies d'intérêt en santé publique.
- **REDUIRE LA TRANSMISSION DU VIH**
 - renforcer les mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH ;

- améliorer la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- **DEVELOPPER LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE**
 - définir les orientations nationales pour le développement des ressources humaines en santé ;
 - satisfaire les besoins du système de santé en ressources humaines.
- **AMELIORER L'ACCESSIBILITE FINANCIERE DES POPULATIONS AUX SERVICES DE SANTE**
 - améliorer l'efficacité des services de santé ;
 - promouvoir des mécanismes de partage des risques en matière de santé.
- **ACCROITRE LES FINANCEMENTS DU SECTEUR DE LA SANTE**
 - mobiliser des ressources financières additionnelles en faveur du secteur de la santé ;
 - améliorer le recouvrement des coûts.
- **RENFORCER LES CAPACITES INSTITUTIONNELLES DU MINISTERE DE LA SANTE**
 - améliorer le cadre organisationnel du Ministère de la Santé ;
 - renforcer le cadre juridique du Ministère de la Santé ;
 - accroître les capacités d'administration, de gestion et d'appui technique du Ministère de la Santé ;
 - améliorer la coordination des interventions dans le secteur de la santé ;
 - renforcer la collaboration intersectorielle.

2. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA TRANCHE 2001-2005

L'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de la première tranche du PNDS réalisée en septembre 2005, et les résultats des travaux des différentes commissions d'élaboration de la tranche 2006-2010, ont permis de dresser les principaux acquis de la période 2001-2005. D'une façon générale, ces différents rapports font état d'un bilan positif de mise en œuvre du PNDS dont les principaux résultats sont résumés ci-dessous. De même, sont énoncées les difficultés rencontrées, les principales recommandations et leçons apprises de la mise en œuvre dont il faut tenir compte pour accroître les performances de la tranche 2006-2010.

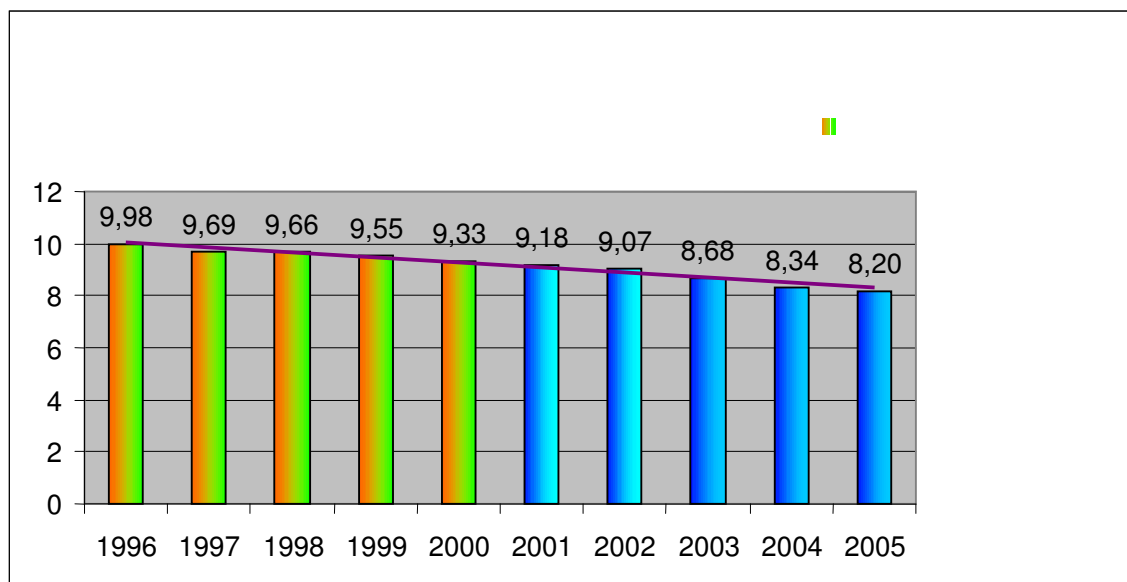
2.1. Principaux résultats par objectif intermédiaire

Les principaux résultats de la mise en œuvre du PNDS enregistrés par objectif intermédiaire se présentent comme suit :

2.1.1. Objectif intermédiaire N°1 : accroître la couverture sanitaire nationale

Les résultats en rapport avec l'accroissement de la couverture sanitaire sont entre autres :

- **une réduction du rayon moyen d'action des CSPS de 9,18 Km (en 2001) à 8,2 Km (en 2005) comme l'illustre le graphique ci-après.**



Graphique n°1 : Evolution du rayon moyen théorique (1996-2005)

Cette réduction a été possible grâce à :

- la construction et l'équipement de 129 nouveaux centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et 7 centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA : secteur 22 et 15 de Bobo, Dano, Batié, Dandé, Boussé et

Sindou) soit un taux de réalisation de 43 % pour les CSPS et de 87,5 % pour les CMA par rapport aux prévisions de la période 2001-2005 ;

- la normalisation de 920 infrastructures sanitaires toutes catégories confondues (dispensaire, maternité, dépôt répartiteur de district, dépôt MEG, logement et forage) par rapport à une prévision de 972 ouvrages pour la période couverte ;
 - la réhabilitation de 15 CSPS, 3 dispensaires, 1 maternité, 3 logements et de 2 centres hospitaliers régionaux (CHR) de Gaoua et de Dédougou ;
 - la reconstruction des CHR de Kaya ;
 - la reconstruction partielle du CHR de Banfora ;
 - l'application des normes en infrastructures et équipements et la maintenance préventive et curative des infrastructures et équipements (tous les ateliers régionaux de maintenance sont dotés en personnel qualifié) ; cependant certains services de maintenance hospitaliers ne sont pas complètement opérationnels.
- **L'opérationnalisation de 85% des DS (prévision pour la période = 50%)** grâce au renforcement des capacités opérationnelles des districts sanitaires :
 - formation de 80 médecins membres d'ECD en gestion des districts et de 57 médecins en chirurgie essentielle ;
 - allocation de ressources nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires ;
 - démarrage de l'application de modèles adaptés aux districts urbains et aux districts centrés sur un CHR.
 - **Le développement des services à base communautaire (SBC) dans la quasi-totalité des CSPS fonctionnels** grâce à la :
 - mobilisation sociale (élaboration et mise en œuvre de plans de communication intégrée) ;
 - promotion des activités à base communautaire (formation et encadrement des agents SBC impliqués dans la mise en œuvre de plusieurs programmes nationaux, formation/recyclage de plusieurs membres des comités de gestion en gestion des activités des formations sanitaires, etc.).
 - **Le renforcement de la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel**

S'agissant de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, des avancées significatives ont été obtenues grâce aux résultats des actions de collaboration et des activités de recherche et de promotion de la pharmacopée traditionnelle.

Ce sont :

 - la création au sein de la DGPML d'une direction chargée de la médecine et pharmacopée traditionnelles ;

- l'adoption et la diffusion de la politique nationale en matière de médecine et de pharmacopée traditionnelles ;
- l'appui à l'amélioration de la qualité des prestations des tradipraticiens et à la validation scientifique des remèdes traditionnels :
 - o la formation à ce jour de 300 tradipraticiens aux bonnes pratiques de récolte des plantes médicinales ;
 - o l'homologation avec autorisation de mise sur le marché de seize (16) médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle ;
- la mise en place et l'animation de cadres formels de partenariat et de collaboration ;
- l'organisation régulière de la journée africaine de médecine traditionnelle, chaque année depuis 2001 ;
- l'enregistrement de 3 454 plantes médicinales en 2005 contre 1 845 en 2000, soit une augmentation de 53,41% ;
- l'élaboration d'une stratégie nationale de promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles.

En ce qui concerne le secteur sanitaire privé, on enregistre sur la période couverte par le premier plan triennal de mise en œuvre du PNDS une forte progression de l'offre de soins privée notamment à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. En effet, entre 2000 et 2005, le nombre d'établissements de soins relevant du privé est passé de 215 à 357. A cela s'ajoutaient les 43 établissements de réadaptation qui n'avaient pas d'autorisation d'ouverture. Sur le plan institutionnel, on doit mentionner la création au sein de la Direction Générale de la Tutelle des Hôpitaux Publics et du sous-secteur Sanitaire Privé d'une Direction du sous secteur sanitaire privé.

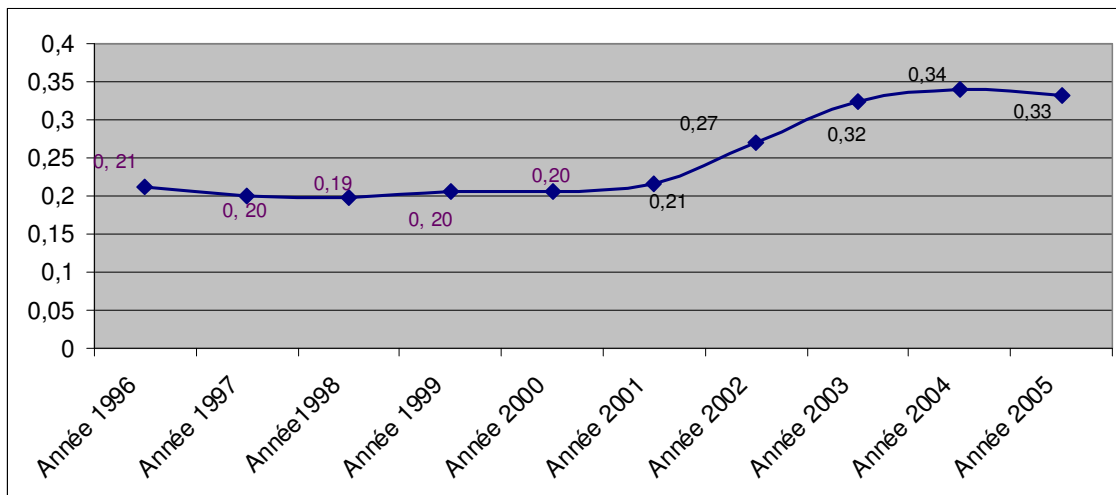
Des insuffisances et des difficultés ont cependant été constatées dont entre autres :

- la persistance de disparités en terme d'accessibilité géographique des formations sanitaires publiques. En effet, les plus grands rayons moyens d'action par CSPS se retrouvent dans la région de l'Est (13,28 km) et du sahel (12,84 km) tandis que les ratios habitants/CSPS les plus élevés ont été enregistrés dans la région du centre (15 161), dans celles du Sahel (13 199) et de l'Est (13 003). En outre des disparités intra régionales et intra districts persistent ;
- le non respect intégral du plan de couverture, contribuant ainsi à créer des inégalités en matière de couverture sanitaire ;
- l'existence de centres médicaux avec antennes chirurgicales non fonctionnels ;
- l'absence de plans de développement des CHR/CHU et de certains DS au moment de l'élaboration du PNDS ;
- la non définition de la stratégie nationale de développement du secteur sanitaire privé ;
- l'absence de stratégie nationale de santé à base communautaire ;

- la libération tardive de la contribution de l'Etat dans l'exécution des projets ;
- la fluctuation du cours du dollar entraînant des pertes de financements destinés aux investissements en santé ;
- la lourdeur et la complexité des procédures de marchés publics ainsi que l'exécution défailante de plusieurs marchés, ceci ayant entraîné des retards dans la réalisation de certaines infrastructures sanitaires ;
- la non maîtrise de la gestion des régies d'avances par la plupart des acteurs impliqués ;
- une programmation des formations de médecins en chirurgie essentielle et en gestion des districts non totalement respectée ;
- des modèles définis pour les districts urbains qui connaissent un retard d'application par manque de ressources ;
- la persistance d'une certaine méfiance réciproque entre tradipraticiens et acteurs du secteur sanitaire moderne.

2.1.2. Objectif intermédiaire N°2 : améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé

Pour le suivi du degré d'atteinte de cet objectif, le ratio d'utilisation des services curatifs a été retenu comme indicateur «traceur». Aussi, au terme de la mise en œuvre du PNDS, l'objectif visé est de passer de 0,21 NC/Hbt/an (en 2001) à 0,50 NC/Hbt/an en 2010. Pour ce qui est de 2005, ce ratio est de 0,33 NC/Hbt/an. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de l'utilisation des formations sanitaires de 1996 à 2005 et permet ainsi d'apprécier la tendance évolutive comparée de 1996 à 2000 d'une part et de 2001 à 2005 d'autre part.



Source : annuaires statistiques DEP

Graphique n°2 : Evolution du nombre de nouveaux contacts/hbt/an de 1998 à 2005

Plusieurs actions menées par les différents services techniques ont permis d'atteindre ces performances ; il s'agit, entre autres, de :

- **L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'assurance qualité des services** à travers :

- l'élaboration et la diffusion de normes et standards de soins de qualité pour tous les niveaux du système de santé : politique nationale d'assurance qualité (PNAQ), normes et protocoles de santé de la reproduction (SR), directives nationales pour la mise en œuvre des activités de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), normes et indicateurs de la pratique infirmière en milieu hospitalier, guide de récupération nutritionnelle, normes en infrastructures, équipement et personnel, canevas de procédures de contrôle, etc. ;
- la révision du guide de diagnostic et traitement (GDT) pour le niveau CSPS et du GDT de pédiatrie médicale, la révision du plan national d'action en matière de nutrition (PNAN), élaboration de protocoles dans les services de gynécologie et obstétrique en milieu hospitalier, définition de kits IST, etc. ;
- le renforcement de la capacité des laboratoires publics (ressources matérielles, réactifs, formations, etc.) ;
- la mise en œuvre effective d'un contrôle national de qualité des laboratoires de biologie médicale ;
- l'homologation avec autorisation de mise sur le marché de 13 réactifs de laboratoires ;
- la formation de 118 techniciens de laboratoire et de 32 pharmaciens en diagnostic du VIH et suivi biologique des PvVIH, de 30 pharmaciens et 30 techniciens de laboratoire en assurance qualité au laboratoire ;
- l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des urgences hospitalières ;
- le renforcement du système de référence et de contre référence et de la supervision des prestataires ;
- la régulation des pratiques professionnelles (comité d'éthique pour la recherche en santé, redynamisation des cadres de concertation, des ordres professionnels, etc.).

- **L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments essentiels de qualité** grâce :

- à la réduction importante des ruptures de stock de médicaments :
 - le pourcentage de dépôts MEG n'ayant pas connu de rupture de stock pour les 10 molécules les plus utilisées est passé de 74,6 % en 2002 à 91,28 % en 2005 ;
 - le pourcentage de dépôts répartiteurs de district (DRD) n'ayant pas connu de rupture de stock des 45 molécules essentielles est également passé de 89,4 % en 2002 à 97,09 % en 2005 ;
 - une amélioration de la disponibilité des médicaments et notamment des ARV et autres médicaments destinés au traitement des infections opportunistes assortie d'une baisse sensible des tarifs publics de cession de certains médicaments et notamment des ARV (de 35 .000F/mois en 2001 à 5.000F/mois en 2005 dans les formations sanitaires publiques).

- au développement de la CAMEG qui s'est notamment traduit par l'ouverture d'antennes régionales.
- **Le renforcement des activités de soutien et de promotion de la santé à travers :**
 - le renforcement du SNIS : dotation du service en personnel technique, formation du personnel à tous les niveaux y compris le sous secteur sanitaire privé sur les supports révisés, dotation régulière de toutes les structures en supports statistiques. Entre 2001 et 2005, la période de parution de l'annuaire statistique de l'année N-1 qui se situait entre novembre et décembre de l'année N est passée à juin de l'année N ;
 - le développement des services de documentation et des archives du ministère essentiellement axé sur la réorganisation du service de documentation de la DEP et son informatisation, et de ceux des hôpitaux ainsi que la dotation de tous les districts sanitaires en «bibliothèques bleues» ;
 - la progression de l'informatisation des directions centrales et des formations sanitaires en particulier au niveau des hôpitaux, l'amélioration de l'accès à Internet ;
 - le développement de l'IEC/Santé grâce à l'élaboration d'une politique nationale d'IEC en santé (PNIEC/Santé) dont la mise en œuvre à travers l'élaboration d'une stratégie d'IEC santé demeure une étape importante pour la tranche à venir ;
 - le développement de la recherche en santé par la formation d'une masse critique de personnels de santé en méthodologie de la recherche (CIFRA, CADSS, UFR/SDS), la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche en santé (journées portes ouvertes de l'IRSS, journées scientifiques de Nouna, de Bobo, FRSIT, etc.) ainsi que l'élaboration et la diffusion d'une base de données sur les résultats des recherches en santé au Burkina de 1936 à 2002, publication régulière du profil pays de recherche en santé ;
 - la promotion de l'hygiène publique grâce à l'élaboration de la politique et du code de l'hygiène publique dont la mise en œuvre a conduit à l'élaboration de la stratégie nationale d'IEC/santé et de gestion des déchets biomédicaux.

Toutefois, au titre de l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des services de santé, des insuffisances et des difficultés ont été rencontrées dont :

- la diffusion insuffisante des moustiquaires imprégnées et la non application du nouveau protocole de traitement du paludisme à base d'artémisinine due à la non disponibilité des ACT sur le plan international ;
- la rupture fréquente de certains produits : anesthésiques au niveau des blocs des CMA et réactifs de laboratoire, médicaments contre les infections opportunistes au niveau des hôpitaux ;
- les disparités en matière d'utilisation des services de santé à l'échelle nationale ;
- la mise en œuvre partielle de la stratégie nationale de développement des services de documentation ;
- le faible développement de la recherche fondamentale et appliquée ;
- l'accessibilité insuffisante des malades hospitalisés à des soins spécialisés et à des médicaments de qualité.

2.1.3. Objectif intermédiaire N°3 : Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles

L'un des défis majeurs du système de santé est d'assurer la lutte contre la maladie. A l'horizon 2010, la mise en œuvre des stratégies de lutte et des principales activités retenues dans le PNDS devrait contribuer d'une part, à une réduction du taux brut de mortalité de 15,2 pour mille à 12,3 pour mille et d'autre part, à une réduction de 40% des mortalités spécifiques ayant trait à la mortalité maternelle (484 pour 100.000 naissances vivantes en 2001), à la mortalité infantile (105 pour 1.000 naissance) et à la mortalité infanto juvénile (219 pour 1000 : EDS 1998).

Dans le cadre de **la promotion de la santé des groupes spécifiques**, les résultats suivants ont été enregistrés au cours de la période 2001-2005 :

- **La promotion des prestations préventives à l'endroit des groupes vulnérables :**
 - **la Consultation Prénatale** : de 2001 à 2005, le taux de couverture en CPN2 est passé de 60% à 63,31 %. Ce taux national cache des disparités criardes entre les régions sanitaires. Ainsi, en 2005, les régions sanitaires du Nord et du Sahel montrent des couvertures inférieures à 50 % (respectivement 32,30 % et 35,58 %). Les régions sanitaires qui présentent un taux supérieur à la moyenne nationale sont les régions sanitaires de la Boucle du Mouhoun, du Centre, du Centre - Est, de l'Est et du Plateau Central. Toujours à la même période, deux districts sanitaires présentent des taux inférieurs à 25 % (Ouahigouya, 23,65 % et Djibo, 23,41 %) ;
 - **les accouchements assistés** : de 2001 à 2005, le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passé de 34 % à 37,67 %. Neuf régions sanitaires sur treize sont en dessous de ce taux. (37,67 %) Ce sont les régions sanitaires de la Boucle du Mouhoun (36,05 %), du Centre Nord (30,52 %), du Centre Ouest (35,28 %), du Centre Sud (34,48 %), de l'Est (33,37 %), du Nord (29,24 %), du Plateau Central (34,24 %), du Sahel (14,40 %) et du Sud Ouest (23,69 %) ;
 - **la Planification familiale** : entre 2001 et 2005, le taux de prévalence contraceptive est passé de 6 à 22,46 % avec des extrêmes allant de 46,56 % dans la Région Sanitaire du Centre à 9,44% dans la Région Sanitaire du Sahel. Huit Régions Sanitaires sur treize sont en dessous de ce taux (22,46 %). Ce sont les Régions Sanitaires du Centre Est (19,99%, du Centre Nord (12,54 %), du Centre Ouest (12,54 %), du Centre Sud (18,50 %), de l'Est (17,52 %), du Nord (17,98 %), du Plateau Central (16,92 %) et du Sahel (9,44 %) ;
 - **la Consultation post natale** : la couverture en consultation postnatale enregistre une hausse depuis 2001 (15,62 % en 2001, 18,64 % en 2002, 30,85 % en 2003, 33,68 % en 2004 et une régression en 2005 à 29,37 % ;
 - **la Consultation du nourrisson sain** : les résultats des activités de surveillance de la croissance des enfants de 0 à 5 ans donnent les chiffres suivants en 2005. Parmi les enfants vus en consultation de nourrissons sains, 15,26 % présentent une malnutrition. Cette malnutrition est sévère dans 2,65 % des cas. Ces résultats sont au dessus de ceux de 2004 où on

avait enregistré 9,2 % d'enfants malnutris avec 1,12 % de cas sévères. Les régions les plus touchées par la malnutrition sont par ordre d'importance, la Région du Sahel (39,27 %), le Centre Nord (28,70 %), le Nord (25,38 %), la Boucle du Mouhoun (23,22 %) et l'Est (20,19 %) ;

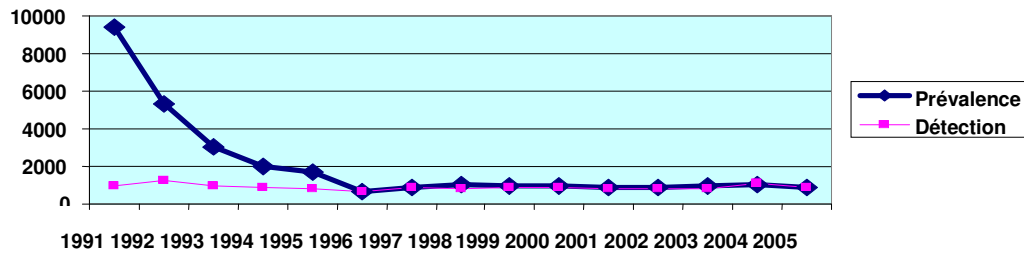
Les principales actions suivantes ont contribué à l'atteinte desdits résultats :

- l'élaboration et la mise à disposition des orientations nationales en matière de prestations préventives à l'endroit des groupes vulnérables ;
 - la finalisation et la mise en œuvre du programme de santé des jeunes et des adolescents ;
 - la validation et la dissémination des politiques, normes et protocoles techniques de santé de la reproduction ;
 - l'amélioration de la qualité des prestations préventives, notamment à l'endroit des jeunes, des porteurs des IST, etc. ;
 - l'implication de plus en plus effective des départements ministériels connexes et les communautés à la prévention des problèmes de santé des groupes vulnérables ;
 - la gratuité de la CPN ;
 - la définition de normes pour les CHR/CHU.
- **L'amélioration des prestations curatives à l'endroit des groupes vulnérables grâce à :**
 - l'intégration des prestations curatives à l'endroit des groupes vulnérables dans les structures sanitaires (PMA et PCA) ;
 - l'implication davantage des communautés dans les actions de prise en charge curative à travers l'intensification de l'IEC au sein des communautés, l'appui aux initiatives communautaires visant à participer aux prestations curatives et la formation des membres des communautés à recourir précocement aux structures de soins surtout pour les cas graves.
 - **La réduction des risques liés au milieu et à l'environnement du travail** par une meilleure coordination des activités des comités d'hygiène et de sécurité au travail.

Dans le domaine de la **réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies d'intérêt en santé publique**, la mise en œuvre des activités au cours de la période 2001-2005 a permis, entre autres :

- de réduire :
 - le nombre de cas de tétanos néonatal de 12 à 8 ;
 - le nombre de cas de dracunculose de 1030 à 30 ;
 - le taux de létalité dû au paludisme grave chez les enfants de 12,1 à 7% ;
- d'augmenter :
 - le taux de guérison des cas de tuberculose de 56,4 à 63,86 % et le taux de détection de la tuberculose de 15,79 % en 2001 à 25,20 % en 2005 ;
 - le taux de détection de la lèpre de 0,69 % à 6,85 % ;

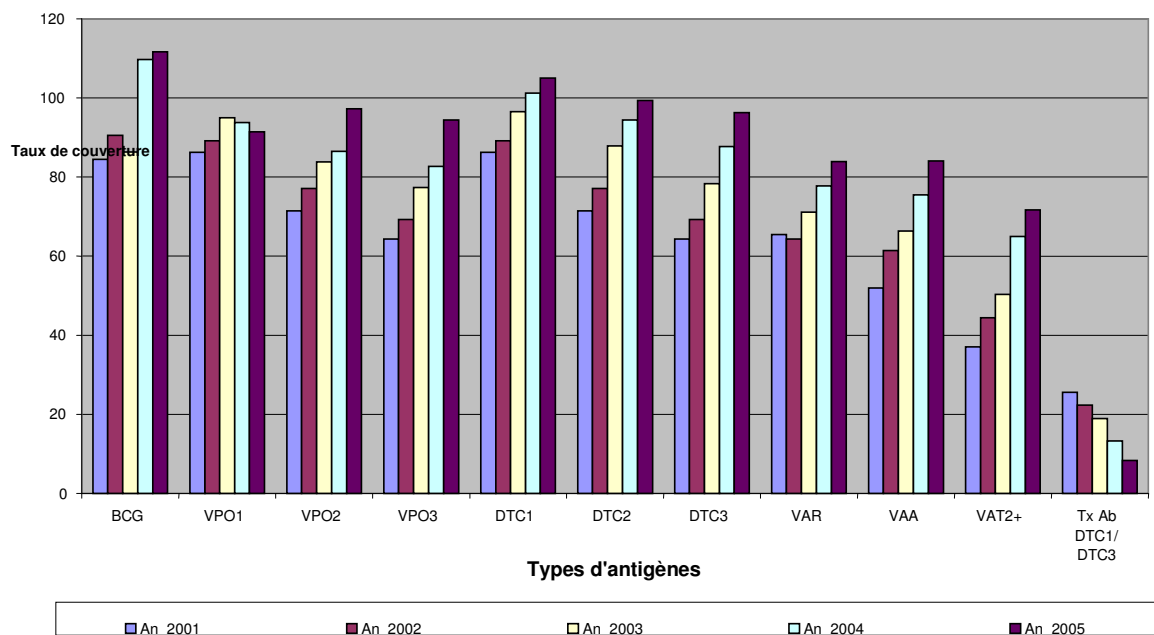
- de maintenir la prévalence en dessous de 1 cas pour 10 000 (cf graphique n° 03 ci-dessous).



Graphique 03 : Tendances de la prévalence et de la détection de la lèpre au Burkina Faso

Parmi les actions ayant contribué à l'atteinte de ces résultats figurent :

- **l'amélioration de la conception des programmes de santé pour les maladies d'intérêt en santé publique** à travers l'évaluation périodique des programmes existants (PEV, Paludisme, Tuberculose, Filariose Lymphatique, Dracunculose, Plan de riposte contre les épidémies, Schistosomiasis, etc.), l'élaboration de nouveaux programmes (Programme santé bucco-dentaire, Programme national d'élimination de la filariose lymphatique, Programme national schistosomiasis, Programme santé mentale, Programme national noma, Plan de lutte intégrée contre les vecteurs, Programme national de prévention de la surdité). Les Programmes nationaux de lutte contre le cancer, diabète, HTA, drépanocytose sont en cours d'élaboration et il y a une implication de plus en plus effective des principaux acteurs à la conception de ces programmes.
- **L'amélioration de la couverture vaccinale des enfants de 0   11 mois et des femmes enceintes** : l'évolution des taux de couverture vaccinale de 2001   2005 est présentée sur le graphique n 4 suivant :



Graphique n°04 : Evolution de la couverture vaccinale de 2001 à 2005

Ces résultats ont été possibles grâce au renforcement de la logistique, à la formation/recyclage des agents de santé, à la rationalisation de la gestion des vaccins et des consommables et à l'intensification de la vaccination à tous les niveaux. En effet, cela a permis de porter la couverture vaccinale pour les différents antigènes entre 2001 et 2005 respectivement de 84,46 % à 111,72 % pour le BCG, 64,26 % à 96,29 % pour le DTC3, de 65,44 à 84 % pour le VAR et de 51,95 % à 84,09 % pour le VAA et de 37,06 % à 70,87 % pour les femmes enceintes en VAT2 et +. Ces bons résultats sur l'ensemble de tous les districts ont été obtenus grâce à la mise en œuvre dans certains districts moins performants de la stratégie « Vacci Plus » et de la stratégie « Atteindre Chaque District ». Ces deux approches ont mis l'accent sur la mobilisation sociale, la stratégie avancée et la supervision à tous les niveaux.

- **Le renforcement de la surveillance épidémiologique** à travers l'équipement des formations sanitaires en moyens de communication, la formation des agents de santé à la surveillance épidémiologique active et passive des maladies d'intérêt en santé publique, la formation et l'implication des agents des services à base communautaire à la surveillance épidémiologique ; cette surveillance a facilité la détection précoce et la prise en charge appropriée des cas (fièvre jaune, méningite, choléra). En outre, le pays s'est organisé pour faire face à des cas éventuels d'épidémies émergentes (cas humains de grippe aviaire).
- **L'amélioration de la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques** par le renforcement de compétence des agents de santé dans la prise en charge des cas de maladies, l'élaboration et l'utilisation des stratégies de lutte contre les épidémies et la systématisation de l'utilisation des outils de prise

en charge des cas de maladie ; la création d'un centre de dialyse et la mise en place d'un scanner au CHUYO.

A côté de ces performances, il est à relever les contre performances suivantes enregistrées dans le domaine de la lutte contre la maladie :

- la persistance du paludisme comme premier motif de consultation, d'hospitalisation et de décès due à l'insuffisance de l'hygiène et l'assainissement du milieu, la faible couverture en matériaux imprégnés d'insecticides et à la non disponibilité des ACT ;
- le taux de détection de la tuberculose reste faible par rapport au chiffre de 70% préconisé par l'OMS ;
- l'augmentation du taux de déficience en fer (anémie) chez les femmes enceintes de 40 à 68%, du taux de MPE aiguë de 13 à 19% et du taux d'insuffisance pondérale de 34 à 38% ;
- l'absence de stratégie nationale en cancérologie et insuffisance dans la prévention et la prise en charge de certaines maladies non transmissibles notamment le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires ;
- la persistance d'épidémies (méningite, cholera, etc.) dans certains DS du pays.

2.1.4 Objectif intermédiaire N° 4 : réduire la transmission du VIH

La réduction des taux de prévalence des IST de 50 % et la réduction de la séroprévalence du VIH/SIDA à moins de 6 % d'ici 2010 constituent des résultats attendus de la mise en œuvre du PNDS. Pour la période 2001-2005, plusieurs activités réalisées concourent à l'atteinte de ces résultats.

Dans le cadre du **renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH**, il s'agit des actions suivantes par axe stratégique :

- **Développement de l'IEC en IST/VIH/SIDA :**

- information périodique des populations sur l'évolution des infections sexuellement transmissibles et de celle du SIDA ;
- information de la population sur les modes de transmission du VIH/SIDA et des IST, les moyens de se protéger et d'éviter la propagation du virus ;
- diffusion au niveau national des données sur les IST/VIH/SIDA ;
- formation des responsables des services de soins en « counselling » IST/VIH/SIDA.

- **Prévention de la transmission des IST et du VIH :**

- disponibilisation de préservatifs à prix sociaux ;
- application des directives nationales en matière de sécurité transfusionnelle et des directives nationales de prévention des infections par voie sanguine dans tous les établissements de santé ;
- renforcement des mesures de sécurité pour le personnel à tous les niveaux du système de santé ;
- application de l'approche syndromique pour la prise en charge des IST ;
- mise en œuvre du programme de PTME.

- **Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant :**

- élaboration et mise en œuvre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- application des directives nationales ;
- couverture de 37 districts et de 152 formations sanitaires ;
- intégration des interventions de la PTME dans le paquet d'activités de santé maternelle et infantile ;
- 856 couples mères enfants ont été mis sous traitement.

Mais l'offre reste encore limitée et les défis à relever sont :

- la faible couverture des districts et des formations sanitaires en activités de PTME/VIH ;
- le faible taux de dépistage des femmes enceintes et leurs partenaires au programme PTME/VIH ;
- l'insuffisance de prise en charge médicale, nutritionnelle, psychosociale et communautaire de la mère et de l'enfant ;
- le diagnostic précoce de l'enfant né de mère séropositive.

Pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA, il s'agit des actions suivantes :

- **renforcement du counselling et de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA :**

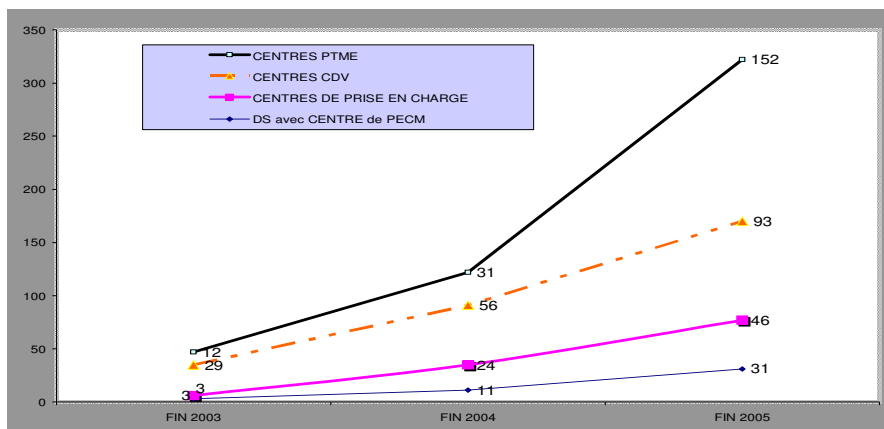
- formation des agents de santé à la surveillance de deuxième génération ;
- renforcement de la notification des cas de SIDA ;
- mise en place de 178 centres de conseil et de dépistage volontaire et confidentiel du VIH ;

- **mise en place de mécanismes et de structures de prise en charge :**

- mise en œuvre du protocole national de prise en charge des cas de VIH/SIDA ;
- mise en place d'un Hôpital de jour au CHUSS de Bobo-Dioulasso et au CHUP-CDG de Ouagadougou ;

- mise à disposition des PvVIH, des médicaments (antirétroviraux et médicaments pour les infections opportunistes) de qualité à des prix sociaux ;
- approvisionnement régulier du fonds mis en place pour le soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et les orphelins du SIDA ;
- équipement des laboratoires des districts et des laboratoires hospitaliers en matériel pour le dépistage du VIH, le suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- poursuite des essais thérapeutiques avec les produits de la pharmacopée traditionnelle ;
- formation des prestataires à la prescription des antirétroviraux.

La prise en charge médicale est assurée à 8.136 PvVIH sur 22.500 (ONUSIDA 2005) les enfants y compris, en fin décembre 2005 ; 31 districts disposent d'au moins une structure de prise en charge médicale ; seulement 14 structures assurent la prise en charge pédiatrique à 420 enfants séropositifs bénéficiant des ARV. La file active (PvVIH enregistrés et suivis) fréquentant les structures de prise en charge est estimée à 15.299 PvVIH.



Graphique n°05 : Evolution de la prise en charge des PvVIH de 2003 à 2005

L'élaboration et l'adoption d'un nouveau Cadre Stratégique de Lutte Contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles 2006-2010, assorti d'un plan d'opérationnalisation est également à mettre au compte du bilan de la période.

Cependant des difficultés persistent :

- la sous notification des cas de VIH ;
- la persistance d'un décalage entre le nombre de personnes sous ARV et le nombre qui devraient en bénéficier ;
- la concentration des structures de prise en charge principalement à Ouaga, Bobo et certaines grandes agglomérations ;
- l'existence de ruptures dans l'approvisionnement en médicaments pour le traitement des infections opportunistes et en réactifs et consommables pour le dépistage et le suivi biologique ;
- la prise en charge reste faible due à une insuffisance en personnel qualifié pour la dispensation des ARV surtout pédiatrique ;
- l'accessibilité financière limite encore le dépistage précoce par la « polymerase chain reaction » PCR.

2.1.5. Objectif intermédiaire N°5 : développer les ressources humaines en santé

Dans le cadre du développement des ressources humaines, plusieurs réalisations ont été enregistrées au cours de la période 2001-2005 tant dans le domaine de la définition des orientations nationales pour le développement des ressources humaines en santé que dans celui de la satisfaction des besoins du système de santé en ressources humaines.

Dans le domaine de la définition des orientations nationales pour le développement des ressources humaines en santé (RHS), il a été procédé à une analyse de la situation des RHS, à l'élaboration des documents de politique de développement et du plan de développement des RHS.

- **en ce qui concerne la politique de développement des RHS**, le document est rédigé, partiellement mis en œuvre à travers l'élaboration d'un plan de développement des RHS, mais reste toujours à être validé et adopté ;
- **l'élaboration du plan de développement des RHS** a permis de produire quatre (4) documents validés techniquement : gestion des effectifs et mobilisation des ressources humaines, plan de carrière, manuel de gestion des performances des ressources humaines, manuel de gestion de la formation continue ; un cinquième document afférent à l'informatisation est en cours d'élaboration. L'intégration de ces différents documents reste à faire avant leur adoption définitive suivie de l'élaboration de plans opérationnels pour leur mise en œuvre.

Dans le cadre de la **satisfaction des besoins du système de santé en ressources humaines**, les principaux résultats suivants ont été enregistrés par domaine :

- **renforcement de la DRH** : renforcement des capacités opérationnelles de la DRH par l'Etat avec l'appui de plusieurs partenaires dans le cadre du renforcement institutionnel : allocation de moyens, apport de compétences en personnel supplémentaire et en assistance technique ;
- **amélioration de la répartition des personnels** :
 - recensement du personnel et exploitation des résultats du recensement (en cours) ;
 - élaboration d'un plan de redéploiement inclus dans l'étude sur le développement des RHS mais non encore mis en œuvre dans l'attente des résultats actualisés du recensement ;
 - recrutement de toutes les catégories de personnel avec une régionalisation du recrutement à partir de 2003 ;
 - actualisation périodique de l'effectif du personnel faisant ressortir une progression de l'effectif des agents toutes catégories confondues entre 2001 (9.062 agents) et 2004 (13.919 agents). Malgré cette progression, les effectifs demeurent globalement insuffisants par rapport aux besoins ;
 - mise à disposition d'un logiciel de gestion des RHS intégrant des fonctionnalités de mise à jour, mais peu utilisé à cause d'un problème de remontée d'informations à partir des formations sanitaires de base.

Cette répartition présente cependant des disparités d'une région à l'autre.

- **Formation des personnels de santé** : amélioration de la capacité des écoles de formation (ENSP, ENAM, UFR/SDS) ayant permis une augmentation des effectifs du personnel soignant (sortie de 800 soignants par an directement intégrés pour la plupart), une promotion de l'ordre de 30 médecins et 15 pharmaciens par an, la formation de plusieurs administrateurs de santé. Les professionnels de santé bénéficient à des degrés divers des actions de formation continue mais avec des problèmes de planification rationnelle ; les spécialisations encore rares sont pour la plupart du temps réalisées à l'extérieur du Burkina malgré les CES créés ; Il est important d'accélérer l'élaboration du plan de formation de base pour toutes les catégories de personnel.
- **Optimisation de la gestion des ressources humaines en santé à travers** :
 - l'élaboration/actualisation des instruments législatifs et réglementaires, des procédures et outils de gestion des ressources humaines ;
 - la mise en place d'un système d'information et de gestion (SIG) ;
 - l'informatisation des ressources humaines pour la santé ;
 - la décentralisation de la gestion des ressources humaines.

De même, il est noté une meilleure gestion des mesures incitatives (Décret 2005-570 instituant de nouvelles indemnités), la mise à disposition d'un plan de carrière qui permet les avancements et la progression catégorielle, l'amélioration des conditions de travail (locaux, matériels, confort) et l'instauration d'un système de notation des agents plus transparent. D'autre part, le conseil de discipline se réunit et prononce des sanctions. Cependant, la gestion des RHS demeure centralisée avec un système de rémunération encore rigide. Il n'existe pas de mécanisme permettant de rémunérer la performance et la productivité ; ce qui est source de démotivation.

Cependant, des difficultés persistent :

- insuffisance en quantité et qualité des ressources humaines en santé disponibles pour couvrir les besoins réels. Seulement 77,5 % des CSPS sont dotés en personnel selon les normes minimales en RHS ;
- mauvaise répartition du personnel de santé avec une concentration des effectifs sur les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso (53,7 % des médecins, 59 % des pharmaciens, 33 % des infirmiers) ;
- insuffisance de motivation du personnel de santé ;
- non maîtrise des effectifs par les gestionnaires des ressources humaines ;
- effectifs pléthoriques dans les institutions de formation pouvant réduire la qualité de la formation ;
- absence d'une stratégie en matière de formation continue du personnel ;
- absence d'un système de suivi des formations continues et d'organisation de l'utilisation des compétences acquises à travers ces formations ;
- retard dans la finalisation et l'adoption de la politique de développement des ressources humaines ;
- insuffisance de ressources financières pour la formation des spécialistes.

2.1.6. Objectif intermédiaire N°6 : améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé

Dans le domaine de l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins pour les populations notamment pauvres, les réalisations suivantes ont été faites par axe d'intervention :

- **amélioration de l'efficience des services de santé**
 - La rationalisation des soins à travers la systématisation de l'utilisation des guides de diagnostic et de traitement (GDT) dans les formations sanitaires de premier niveau et les protocoles de prise en charge dans les hôpitaux, la supervision des prescripteurs qui est effective au niveau des CSPS par les MCD et au CMA par certaines équipes chirurgicales, l'évaluation de l'utilisation des guides de diagnostic et de traitement réalisée annuellement à travers les rapports de progrès et la promotion de l'usage rationnel des médicaments (cf. objectif spécifique 2.1) ;
 - la rationalisation de la gestion des ressources mobilisées à travers la définition des critères d'allocations des ressources financières axés sur la performance pour les fonds PADS, l'élaboration des critères d'efficience (en cours) pour une utilisation efficiente des ressources générées par les formations sanitaires, existence de comptaibles régionaux et instauration d'audit semestriel par des cabinets privés, l'application de la nomenclature budgétaire par la plupart des structures et la réalisation de l'étude sur la définition de procédures consensuelles à tous les partenaires pour la gestion des ressources mobilisées; toutefois l'élaboration d'un manuel de procédures commun faisant suite à cette étude n'a pas été jugée opportune ;
 - la réduction des coûts des prestations sanitaires et des médicaments essentiels à travers l'adoption d'une structure de prix comportant une réduction des marges bénéficiaires sur les spécialités pharmaceutiques et les médicaments essentiels et génériques, la mise en œuvre d'un système d'enregistrement des médicaments basé sur l'appréciation du prix grossiste hors taxe et la réalisation d'une étude en cours de validation en matière de contrôle de la tarification des prestations de services et des médicaments afin de maintenir les coûts et les marges bénéficiaires dans des limites acceptables dans toutes les formations sanitaires ;
 - l'harmonisation des tarifs au niveau des districts sanitaires ;
 - la gratuité des soins préventifs et promotionnels, subvention aux hôpitaux pour la mise en place des soins sans pré paiement au niveau des services d'urgences, tarifs promotionnés pour les accouchements, les césariennes, etc.
- **Promotion des mécanismes de partage des risques en matière de santé**

Face aux difficultés de prise en charge des coûts de santé par les malades pris individuellement, le recours aux mécanismes de partage des risques en matière

de santé s'est révélé être une alternative à l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

- **Promotion des modes communautaires de partage des risques**

- une base de données sur les mécanismes de partage des risques est créée à la DEP et le processus de mise à jour engagé ;
- organisation d'actions de sensibilisation à l'endroit des populations par les ECD ;
- existence d'un plan d'appui et d'un guide de mise en œuvre des mécanismes de partage de risques de santé ;
- renforcement de la collaboration avec le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS) et les autres ONG œuvrant dans la promotion des mutuelles de santé à travers la participation du MS aux activités du RAMS, la participation des ONGs et le RAMS à la rencontre d'information et de sensibilisation entre le Ministère de la Santé et les associations, et aux différents travaux des commissions du comité interministériel de réflexion sur les problèmes de santé à caractère multisectoriel.

- **Prise en charge des indigents**

Cette catégorie de la population qui est définie à partir d'une enquête sociale, bénéficie de la gratuité de la prise en charge sanitaire conformément aux dispositions du Kiti n°An-VIII-0202/FP/SAN-AS du 8 février 1991 portant base générale de la tarification.

Au cours de la première tranche 2001-2005, l'accent a été mis sur :

- la détermination des critères d'indigence (proposition de critères faite par le Ministère chargé de l'Action Sociale) ;
- la définition des conditions de prise en charge de l'indigent ;
- la mise en place dans certains hôpitaux des mécanismes de prise en charge gratuits pour les indigents.

La principale insuffisance dans le domaine de l'amélioration de l'accessibilité financière, a été notée dans la promotion de l'assurance maladie. En effet, il était prévu une étude sur la faisabilité d'une assurance maladie pour le secteur formel et la mise en œuvre des recommandations de ladite étude. Mais cette étude n'a pas été réalisée.

2.1.7. Objectif intermédiaire N°7 : accroître les financements du secteur de la santé

La mobilisation de ressources suffisantes pour le financement des activités constitue une des conditions importantes pour une mise en œuvre réussie du PNDS. Au cours de la période 2001-2005, plusieurs actions de plaidoyer en vue d'accroître le financement du PNDS ont été menées. Ce qui a fait passer de trois à cinq le nombre de partenaires contribuant au panier commun PADS et porté sa valeur de 8 à 40 milliards de F CFA.

Dans le cadre de la **mobilisation des ressources financières additionnelles en faveur du secteur de la santé**, les efforts déployés dont l'organisation de la table ronde sectorielle des bailleurs de fonds en 2003, ont permis de mobiliser des ressources à hauteur de 93,41 % des prévisions initiales, soit un montant de 208 421 158 000 FCFA. Le taux de mobilisation du financement interne a été de 98,36 % des prévisions initiales contre 82,07 % pour le financement externe (cf. bilan financier). Cependant, la part du budget de la santé hors dépenses communes interministérielles par rapport au budget de l'Etat est passée de 7,47 % en 2001 à 7,09 % en 2005 contre une norme de 10 % préconisée par l'OMS et un objectif de 15 % adopté par les chefs d'Etat de la CEDEAO et de l'Union Africaine. En valeur relative, il ressort une baisse de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat, par rapport au niveau atteint en 1999 (9,23 %). Toutefois, en valeur absolue la part du budget alloué à la santé est passée de 30,753 milliards de FCFA en 2001 à 48,890 milliards en 2005. Des efforts doivent se poursuivre du côté du gouvernement en vue de respecter les engagements pris par les chefs d'Etat en 2001 à Abuja, d'allouer 15 % du budget de l'Etat à la santé. Cet engagement a été réaffirmé à Maputo en 2003 par les chefs d'Etat de l'Union Africaine. Par ailleurs, la santé doit rester un secteur prioritaire dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

En ce qui concerne la répartition intra sectorielle du budget de la santé alloué par l'Etat, il n'existe pas de critères d'allocation. La répartition se fait sur une base historique. Il est nécessaire dans le contexte du CDMT de développer des critères pertinents en vue d'améliorer l'allocation des ressources aux différents niveaux du système de santé. L'expérience du Programme d'Appui au Développement Sanitaire peut à ce niveau être capitalisée.

L'absence de consolidation complète du financement permettant de capter au mieux les flux financiers du secteur et les faibles capacités d'absorption des ressources des structures centrales sont également des insuffisances à signaler. Il est nécessaire de corriger ces insuffisances par le renforcement des compétences des agents impliqués dans la gestion des ressources financières et de consolider les flux financiers, en exploitant les bilans financiers des différents plans d'action à tous les niveaux du système de santé. Cette consolidation sera complémentaire aux travaux des comptes nationaux de la santé.

En ce qui concerne l'**amélioration du recouvrement des coûts**, il est à noter au niveau des hôpitaux une amélioration avec une augmentation sensible des recettes propres générées. Par ailleurs, une étude sur la révision de la tarification des actes des professionnels de la santé et de la tarification hospitalière a été réalisée. Cette étude devait constituer une base pour l'adoption de tarifs adaptés tenant notamment compte du revenu des populations.

Parmi les difficultés constatées, l'on relève :

- l'insuffisance des ressources financières dévolues au secteur de la santé ;
- la faible capacité d'absorption des structures centrales du ministère de la santé ;
- la faible corrélation entre le niveau d'allocation des ressources et les résultats atteints et la performance ;

- les faiblesses du système d'information national comptable et financier qui ne permet pas de faire toutes les consolidations (par structure, par programme) et de procéder au suivi et à la valorisation de l'exécution des programmes de santé ;
- l'inadéquation de certains tarifs en regard des capacités contributives des ménages et le non respect des tarifs officiels.

2.1.8. Objectif intermédiaire N°8 : renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé

La bonne gouvernance et le renforcement institutionnel sont retenus dans le document du PNDS comme les conditions essentielles de succès de sa mise en œuvre. Aussi, dans le souci d'apprécier et de renforcer la capacité des différentes structures du Ministère de la Santé à faire face à leurs nouvelles attributions, une étude «sur le renforcement institutionnel du Ministère de la santé» a été commanditée en 2000 par le MS. La mise en œuvre des recommandations issues de cette étude par le Ministère de la Santé appuyé de ses partenaires au développement sanitaire a permis au cours de la période 2001-2005, le renforcement de 3 directions centrales retenues à l'époque comme prioritaires : la DEP (depuis avril 2002), la DRH (depuis septembre 2005) et la DAF (depuis fin 2005). A cela, s'ajoutent des appuis de renforcement institutionnel apportés à plusieurs structures du MS par des partenaires techniques et financiers (renforcement des capacités de l'administration, développement du système d'information sanitaire national dans le cadre global du développement du système statistique national, étude sur la motivation du personnel ; élaboration d'un plan de motivation du personnel, élaboration du plan de développement des ressources humaines en santé, etc.).

Les principaux résultats enregistrés dans le cadre de la réalisation de cet objectif pour la période 2001-2005 se présentent comme suit :

- **amélioration du cadre institutionnel du Ministère de la Santé :**
 - adoption d'un nouvel organigramme du Ministère de la Santé ayant permis une meilleure prise en compte des problèmes prioritaires de santé avec la création de nouvelles directions générales (DGHSP, DGPML, DGIEM) suivie de restructuration interne au sein des directions techniques (DN, DHPES, etc.) ;
 - dynamisation des cadres formels de concertations (tenue régulière des CASEM, CTRS, CSD, Conférence des DRS, Conférence des équipes de directions des hôpitaux, Conseil des Centres de Recherche en Santé, réseau des laboratoires, etc.) ;
 - adoption d'un organigramme des structures déconcentrées ainsi que la création de la catégorie d'établissement public de santé (EPS) ;
- **renforcement du cadre juridique du Ministère de la Santé :**
 - recrutement d'un juriste et mise en place d'un service juridique en cours ;
 - renforcement de l'Inspection Générale des Services de Santé (IGSS) en ressources humaines et en équipement adéquat ;

- implication des départements ministériels en charge de la sécurité et du contrôle des frontières dans le contrôle de l'application des textes juridiques et des normes ;
 - plusieurs actions en cours de mise en œuvre (élaboration et révision des normes pour tous les niveaux du système de santé, formation et recyclage des responsables des DRS et DS en contrôle de la gestion) ;
 - implication des ordres professionnels de la santé dans la régulation des pratiques professionnelles, etc.).
- **accroissement des capacités d'administration, de gestion et d'appui technique du Ministère de la Santé à travers :**
 - le développement des compétences aux différents niveaux du système de santé : recrutement de personnel qualifié aux différents niveaux du système (cf Objectif intermédiaire N°5), formation de plusieurs responsables de service en rédaction administrative, management, planification et gestion ;
 - la rationalisation de l'utilisation des compétences disponibles: mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines (mise en œuvre du plan de motivation, plan de carrière élaboré et en cours d'adoption, etc.) ;
 - l'amélioration des capacités de communication du Ministère de la Santé : renforcement de la DCPM en personnel, publication de plusieurs bulletins de liaison au niveau déconcentré ;
 - promotion de l'approche contractuelle: constitution d'un pool de personnes ressources disponibles au niveau central et dans certains DS, mise à disposition de plusieurs documents cadre et d'orientation (document cadre portant conditions d'intervention des ONG et associations dans le secteur de la santé, canevas de contrat entre le Ministère de la santé et les intervenants, finalisation de la politique de contractualisation qui intègre les stratégies de mise en œuvre, etc.), création d'un répertoire de tous les intervenants dans le secteur de la santé et d'une banque de données des protocoles/conventions ; la validation de la politique de contractualisation et sa mise en œuvre à travers des conventions cadres interviendra au cours de la tranche 2006-2010. Il en est de même pour le suivi, l'évaluation et l'utilisation des outils d'approche contractuelle qui y seront élaborés ;
 - **amélioration de la coordination des interventions dans le secteur de la santé**
 - renforcement des mécanismes de coordination des interventions des partenaires du développement sanitaire par la mise en place/dynamisation des cadres de concertation entre le ministère de la santé et les partenaires ainsi que des cadres de suivi et d'évaluation des interventions des partenaires (comité de suivi du PNDS, commissions techniques du Comité de suivi du PNDS, sorties conjointes de suivi du PNDS, etc.) ;
 - amélioration du réseau d'échanges d'informations entre le Ministère et ses partenaires grâce à l'utilisation de plus en plus fréquente du courrier électronique par le MS et les partenaires à travers l'OMS en qualité de chef de file, interconnexion des DC en cours qui mérite un appui de tous les partenaires techniques et financiers pour l'étendre aux différents niveaux ;

- promotion de l'approche sectorielle dans la mise en œuvre du PNDS à travers l'amélioration du processus de planification et de financement des plans d'action annuels des différentes structures avec l'implication des partenaires à tous les niveaux, la création et l'animation de la commission approche sectorielle, l'harmonisation du concept d'approche sectorielle au niveau central avec prévision de couvrir les autres niveaux dans le temps, constitution d'un panier commun de financement des activités du PNDS avec l'appui de plusieurs bailleurs de fonds (Coopérations néerlandaise, suédoise, française), poursuite du plaidoyer pour l'adhésion d'autres partenaires au panier et l'élaboration d'un manuel de procédures commun à tous les partenaires du développement sanitaire ;
- **renforcement de la collaboration intersectorielle par la** dynamisation des cadres de concertation/collaboration à travers la création et l'animation du comité inter ministériel pour la résolution des problèmes de santé à caractère multisectoriel, la dynamisation des cadres formels de concertation/collaboration (CSD fonctionnels) et l'implication des représentants des départements ministériels connexes dans le processus de planification et financement des activités aux différents niveaux ainsi que dans l'animation des différents cadres de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PNDS (CS/PNDS, Commissions Techniques du CS/PNDS, etc.) ;
- **développement des partenariats entre les hôpitaux nationaux et ceux du Nord.** : sur la période 2001-2005, douze conventions de jumelage ont été conclues et ont permis de déployer des activités telles que la formation des personnels, le don d'équipements, etc. A côté de ces jumelages, il existe des partenariats axés sur les activités de prise en charge des patients atteints du SIDA, qui entrent dans le cadre de l'initiative « ESTHER ».

Au rang des insuffisances constatées, l'on relève :

- la persistance de certaines faiblesses au niveau des capacités institutionnelles et organisationnelles de certaines directions, structures centrales liées pour partie à une insuffisance des moyens ;
- la répartition des rôles et des compétences entre niveau central et périphérique doit être encore améliorée en tenant davantage compte d'une part de la déconcentration et d'autre part du processus de décentralisation.

2.2. Financement de la tranche 2001 – 2005 du PNDS

Les sources de financement du plan triennal sont constituées du budget de l'Etat y compris ses démembrements, les ressources de l'initiative PPTE, les collectivités territoriales, les ressources de la communauté et l'aide extérieure.

Les années 2001 et 2002 ont été considérées comme transitoires. L'analyse financière de la tranche a concerné la période 2003 – 2005 et a porté sur :

- les financements mobilisés par rapport aux prévisions de financement ;
- la couverture des coûts par les financements.

2.2.1. Les financements mobilisés et les prévisions de financement

Le coût du plan triennal 2003-2005 a été évalué à 246 834 125 000 FCFA dont 111 715 754 000 FCFA (45 %) pour les coûts courants des services publics et 135 118 371 000 FCFA (55 %) pour les coûts des programmes.

Les prévisions de financement ont été estimées à 223 128 126 000 FCFA dont 155 291 855 000 FCFA (70 %) en financements internes et 67 836 271 000 FCFA (30 %) en financements externes sans assistance technique (cf. tableau n°01 ci-dessous).

Le montant des financements externes prévisionnels communiqué lors de la table ronde des bailleurs de fonds du PNDS, tenue le 15 avril 2003 a permis d'estimer le besoin de financement à 23 705 999 000 FCFA sur la base d'une contribution attendue des partenaires de 67 836 271 000 FCFA. Le financement extérieur est constitué des aides étrangères sous forme de subventions/dons, de prêts et des apports des ONG.

La capacité de financement interne représente les dépenses du Ministère (investissement et fonctionnement) sur le budget ordinaire de l'Etat, les fonds alloués à la santé dans le cadre de l'initiative PPTE et le financement local à savoir le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques. Les montants de ces différentes catégories de ressources sont respectivement de 108 679 050 000 FCFA (70 %), 28 016 000 000 FCFA (18 %) et 18 596 805 000 FCFA (12 %).

Toutes sources confondues les prévisions de financement couvraient 90 % du coût du plan triennal.

Tableau N° 01 : Prévision des coûts et des financements du plan triennal 2003-2005

Rubriques	COUT PAR ANNEE (X 1000 F CFA)			
	2003	2004	2005	2003-2005
A- Coûts totaux (A1+A2)	83 609 217	84 333 549	78 891 359	246 834 125
A1- Coût courant des services publics	34 912 111	37 185 043	39 618 600	111 715 754
A2- Coût additionnel des programmes	48 697 106	47 148 506	39 272 759	135 118 371
Prévision des financements PNDS 2003-2005				
B- Capacité de finan. 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
B2- Fonds alloués à la santé / 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
C- Financement extérieur	22 612 090	22 612 090	22 612 091	67 836 271
D- Total des financements (B+C)	71 838 535	73 962 446	77 327 145	223 128 126
E- Besoins de financement (A - D)	11 770 682	10 371 103	1 564 214	23 705 999

Tableau N°02 : Comparaison entre prévisions de financement et financements mobilisés

Rubriques	COUT PAR ANNEE (X 1000 F CFA)			
	2003	2004	2005	2003-2005
Prévision des financements PNDS 2003-2005				
B- Capacité 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
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
C- Financement extérieur	22 612 090	22 612 090	22 612 091	67 836 271
D- Total des financements (B+C)	71 838 535	73 962 446	77 327 145	223 128 126
Financements mobilisés PNDS 2003-2005				
B- Financements internes (B1+B2+B3)	38 263 410	57 422 892	57 061 122	152 747 424
Taux de mobilisation financement interne	77,73%	111,83%	104,29%	98,36%
B1. Financements des dépenses du Ministère de la Santé	27 870 177	32 942 325	36 262 484	97 074 986
Taux de mobilisation des ressources de l'Etat	83,47%	91,75%	92,07%	89,32%
B2- Exécution des fonds alloués à la santé(PPTE)	3 014 263	16 149 960	12 057 981	31 222 204
Taux de mobilisation des fonds PPTE	31,00%	174,63%	133,33%	111,44%
B3- Financement local	7 378 970	8 330 607	8 740 657	24 450 234
Taux de mobilisation des ressources locales	120,69%	134,40%	139,09%	131,48%
C- Financements extérieurs	12 481 492	25 717 462	21 151 226	59 350 181
Tx de mob. des ressources externes/ aux besoins	55,20%	113,73%	93,54%	87,49%
D- Total des financements (B+C)	50 744 902	83 140 354	78 212 348	212 097 605
Taux de mobilisation des financements	70,64%	112,41%	101,14%	95,06%
Taux de couverture des charges du plan triennal 2003-2005	60,69%	98,59%	99,14%	85,93%
Ecart entre fin. mobilisés et prévisions de financement	-21 093 633	9 177 908	885 203	-11 030 521

Les prévisions de financement ont été mobilisées à hauteur de 95,06 %. Par catégorie de ressources, le taux de mobilisation est 98,36 % pour les financements internes et 87,49 % pour les financements externes. Au niveau des ressources internes seul les financements de l'Etat n'ont pas été entièrement mobilisés (89,32 %). Ce décalage peut s'expliquer par les contraintes budgétaires.

Pour les financements extérieurs, le décalage peut s'expliquer par le non respect des engagements, la fluctuation défavorable des devises notamment le dollar américain ou encore des problèmes techniques de mobilisation des ressources.

Toutes sources confondues, le montant de 11 030 521 000 FCFA n'a pu être mobilisé par rapport aux prévisions. Le respect des engagements de part et d'autre et un plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles contribueraient à réduire voire combler le gap théorique.

2.2.2. Couverture des coûts de la mise en œuvre

L'absence de données sur le coût réel de mise en œuvre du plan n'a pas permis d'avoir une idée sur le niveau de couverture des financements mobilisés par rapport au coût total du plan. Une des difficultés a été également l'absence de données relatives aux dépenses et aux fonds alloués par objectif intermédiaire du PNDS.

Pour le plan 2006-2010, il est nécessaire de prendre des dispositions pour corriger cette insuffisance.

2.3. Conditions de mise en œuvre de la tranche 2001-2005

Les résultats décrits ci-dessus n'auraient pas été atteints sans un certain nombre de facteurs favorables et de conditions de succès dont la mise en œuvre de la tranche 2001 – 2005 a pu bénéficier.

2.3.1. Facteurs favorables

Les facteurs favorables ayant facilité la mise en œuvre de la tranche 2001-2005 sont :

- la volonté politique qui a prévalu tout au long de cette première tranche. Ainsi, les autorités nationales ont fait de la santé un secteur prioritaire. En effet quelques preuves concrètes de cette volonté politique sont la subvention des soins obstétricaux d'urgence (SOU) avec l'inscription d'un budget de plus de 1 331 424 312 FCFA, l'instauration de la gratuité de certains soins préventifs (CPN, vaccination) et de certaines molécules (fer, acide folique, etc.) ;
- la révision de la carte sanitaire a été effective ;
- la poursuite de la décentralisation du système de santé commencée depuis la relance de l'initiative de Bamako avec la création des districts sanitaires, a été renforcée durant 2001-2005 avec la création en 2002 de nouvelles Régions sanitaires (plateau central, centre sud) et de deux nouveaux districts sanitaires (Gourcy et Gayeri) en 2003 ;
- la participation communautaire à tous les niveaux du système, notamment aux niveaux intermédiaire et périphérique ;
- le soutien des partenaires techniques et financiers (PTF) qui a permis, à travers la table ronde sectorielle des bailleurs de fonds organisée en avril 2003, de mobiliser les ressources complémentaires nécessaires à la mise en œuvre de la tranche 2001-2005 ;
- l'option clairvoyante de recourir à l'approche sectorielle (AS) comme alternative de financement du PNDS dans l'optique de réaliser le « panier commun » ; en effet, le programme d'appui au développement sanitaire en est l'illustration patente.

2.3.2. Conditions de succès relevées

La mise en œuvre de la tranche 2001-2005 du PNDS a bénéficié de certaines conditions qui ont pu garantir en grande partie son succès. Ce sont entre autres :

- **la bonne gouvernance** : la transparence dans la gestion à travers la réalisation des audits et l'organisation de sessions de financement des plans d'action durant la période 2001-2005 en sont des illustrations ;
- **le renforcement institutionnel** : le succès de la mise en œuvre de la tranche 2001-2005 du PNDS a nécessité une réorganisation du ministère de la santé et un renforcement des mécanismes de coordination technique et administrative. C'est ainsi que plusieurs directions centrales ont été renforcées pour faire face à leurs nouvelles attributions (DEP, DAF, DRH, DGHSP).

2.3.3. Contraintes et leçons apprises

- **Les contraintes de la mise en œuvre ont été, entre autres :**
 - la situation économique difficile du pays : en effet, 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 faible capacité gestionnaire des structures décentralisées : malgré quelques efforts, cette faible capacité gestionnaire a, durant la période 2001-2005 été une des contraintes de la mise en œuvre ;
 - le faible niveau d'instruction des populations : il diminue l'impact des activités de prévention et de promotion de la santé par l'inaccessibilité de la majorité des populations à l'information et à l'acquisition d'attitudes favorables à la santé ;
 - les pesanteurs socioculturelles : elles 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 ;
 - le caractère multisectoriel des problèmes de santé : la résolution des problèmes de santé est rendue complexe du fait de leur caractère multisectoriel, nécessitant l'intervention d'autres secteurs du développement aux priorités différentes. En outre, la collaboration intersectorielle y est insuffisamment développée.

- **Les leçons apprises ont été, entre autres :**
 - l'implication accrue du politique dans la planification est nécessaire pour soustraire le plan aux conflits d'intérêt, notamment le volet accroissement de la couverture sanitaire et la répartition équitable des ressources humaines ;
 - le suivi de la mise en place des infrastructures nécessite une plus grande implication du Ministère de la santé (DGIEM) ;
 - la mise en place d'un cadre formel de concertation pour la résolution des problèmes à caractère multisectoriel au niveau central était indispensable ;
 - le plaidoyer doit continuer pour minimiser les difficultés liées aux procédures de passation des marchés ;
 - la mise en place des organes de suivi (Comité de suivi, Secrétariat Technique et commissions techniques, sorties conjointes, etc...) a facilité l'exécution de la tranche 2001-2005 ;
 - les sorties de Monsieur le Ministre de la Santé sur le terrain ont constitué un appui politique qui a aplani bon nombre de difficultés ;
 - les carences du système d'information comptable et financier n'ont pas permis d'établir le bilan financier de l'exécution du premier plan de mise en œuvre du PNDS.

2.4. Suivi et Evaluation de la mise en oeuvre

L'administration de la mise en oeuvre de la première tranche du PNDS, a été assurée aux trois niveaux du système national de santé.

- **Au niveau central**

Les deux organes devant assurer la responsabilité de la mise en oeuvre du PNDS ont été mis en place. En effet, le Comité de suivi et le Secrétariat technique ont été créés par arrêté conjoint N°2003-104/MS/MFB portant organisation, attributions, et fonctionnement du Comité de suivi.

Le Comité de Suivi du PNDS, multisectoriel, comprenant des représentants des départements ministériels et des représentants des partenaires au développement sanitaire, a pour mission de veiller à l'exécution efficiente dudit plan.

Le Comité de Suivi est notamment chargé de suivre et analyser les réalisations du PNDS dans son ensemble selon les objectifs et les indicateurs de performance retenus.

Le Comité de suivi a pour organe technique, un Secrétariat technique qui, est notamment chargé de :

- suivre et d'analyser les réalisations du PNDS dans son ensemble selon les objectifs et les indicateurs de performance retenus ;
- élaborer des rapports périodiques, techniques et financiers, sur l'état d'avancement du PNDS à l'attention des autorités nationales et du comité de suivi ;
- suivre le déblocage des fonds et la transmission des justificatifs aux différents partenaires ;
- participer aux évaluations du PNDS et à l'élaboration des tranches de mise en oeuvre ;
- proposer des mesures susceptibles d'améliorer l'exécution du PNDS ;
- assurer la préparation matérielle et technique ainsi que le secrétariat des réunions du comité de suivi.

Par ailleurs, le comité de suivi est aidé par six commissions techniques qui sont :

- i. ressources humaines ;
- ii. décentralisation ;
- iii. renforcement institutionnel du Ministère de la Santé ;
- iv. secteur privé ;
- v. approche sectorielle et financement de la santé ; et
- vi. indicateurs de suivi du PNDS.

Le Comité de Suivi a soumis un certain nombre de questions à approfondir aux commissions techniques de suivi du PNDS. En outre, il a veillé à la mise en oeuvre d'un certain nombre de recommandations et procédé toutes les fois, en tant que de besoin à la prise de mesures correctives nécessaires au bon déroulement des activités de mise en oeuvre de la première tranche.

Depuis sa création, le comité s'est toujours réuni au moins deux fois l'an comme l'exigent les textes qui le régissent.

- **Aux niveaux intermédiaire et périphérique**

La mise en œuvre aux niveaux intermédiaire et périphérique s'est faite par l'entremise des DRS et des ECD.

Le bilan de la mise en œuvre de la tranche 2001-2005 du PNDS a permis de mettre en exergue certaines forces, quelques faiblesses et des difficultés. Il a également permis de tirer des leçons qui ont servi à l'élaboration de la présente tranche 2006 - 2010 et qui serviront aussi à sa mise en œuvre.

Des efforts seront nécessaires pour l'atteinte des objectifs à l'échéance de 2010.

3. TRANCHE 2006-2010 DU PNDS

3.1. Contexte général

3.1.1. Données géographiques

Le Burkina Faso est un pays sahélien, enclavé, situé en Afrique de l'Ouest, d'une superficie de 274 200 Km². Son climat tropical de type soudanien alterne une saison pluvieuse et une saison sèche plus longue. La végétation est de type soudano-sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eaux dont les principaux sont: le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon. Le pays est confronté aux effets persistants des cycles successifs de sécheresse, dans un contexte de dégradation accélérée des ressources naturelles et de l'environnement.

3.1.2. Données démographiques

La population qui était de 10 312 609 habitants selon le RGPH de 1996 a pu être estimée à 12.722.570 habitants selon l'Annuaire Statistique 2004, avec un taux de croissance de 2,37 % l'an, contre 2,64 % sur la période 85-91, ce qui fait du Burkina un pays à forte croissance démographique. Cette population pourrait atteindre près de 14,7 millions d'habitants en 2010.

La densité est estimée à 37,61 habitants au km² avec une répartition très inégale sur le territoire national.

Le taux brut de natalité était de 46,1 % celui de la mortalité générale de 15,2 ‰ et l'espérance de vie à la naissance de 53,8 ans. La population est essentiellement jeune (47,92 % sont de la tranche d'âge de 0 à 14 ans) environ 90 % de cette population vivent en milieu rural. Les femmes représentent près de 52 % dont celles en âge de procréer 23 %. Cette situation entraîne des besoins importants et nouveaux, notamment dans le domaine de la santé. Malgré les progrès dans le domaine de la santé de la reproduction, le niveau de fécondité reste élevé. Le Burkina est aussi un pays de fortes migrations internes et surtout externes.

3.1.3. Données socio-culturelles

Estimé à 42,7 % entre 2000-2001, le taux brut de scolarisation a atteint 57 % en 2005. Cette évolution cache difficilement les fortes disparités selon le sexe et les zones géographiques ; chez les filles il est estimé à 42,6 % contre 58,1 % chez les garçons (CSLS 2006-2010). Le taux d'alphabétisation au niveau national reste faible autour de 32,4 % en 2004 (RMO PDDEB 2000-2009) avec encore de fortes disparités. Le faible niveau général de scolarisation influence négativement l'impact des activités de promotion et de restauration de la santé. Le pays est d'une très grande diversité culturelle et religieuse. On dénombre plus d'une soixantaine de

groupes ethniques. Au plan religieux, on note 03 grandes religions qui sont l'islam (52 %), le christianisme (24,3 %) et l'animisme (23,3 %).

Par ailleurs, le Burkina connaît deux types d'organisations sociales, les organisations de type monolithique avec des chefferies centralisées (mossi, peulh et gourmatché) et celles de type acéphale chez les gourounsi, les bwaba, les bobo, etc.

3.1.4. Situation économique

A l'instar de nombreux pays africains, le Burkina Faso a évolué au cours de ces dernières années, dans un environnement difficile, caractérisé par la dévaluation du FCFA, la mondialisation et la globalisation de l'économie.

L'économie du pays repose surtout sur les secteurs tertiaire et primaire avec des contributions respectives au PIB au prix du marché de 41,9 % et 39,4 % en 2005. La part du secteur secondaire est de 18,70 %. Au niveau du secteur primaire, l'agriculture occupe 90 % des emplois et produit 50 % des recettes d'exportation. Avec un indice de développement humain durable de 0.33 selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Burkina Faso est classé 175^{ème} sur 177 pays en 2005. Pour la même année, le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 46,4 % pour un seuil absolu national de pauvreté estimé à 82 672 FCFA par adulte et par an en 2003 (enquête prioritaire sur le profil de pauvreté Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) 2003).

Le PIB nominal est passé de 2251,2 milliards de FCFA en 2002 à 2503,6 milliards de FCFA en 2003 puis successivement à 2700,3 milliards de FCFA en 2004 et à 2 985,1 milliards de FCFA en 2005.

Pour ces années, la croissance du PIB réel est passée respectivement de 4,6% en 2002 à 8 % en 2003, puis à 4,6 % en 2004 et à 7,1 % en 2005 .

Le PIB réel par habitant est passé de 2,2 % en 2004 à 4,6 % en 2005.

Les réformes budgétaires entreprises par le Gouvernement, notamment l'amélioration du cadre juridique, le renforcement des capacités de recouvrement des recettes et le renforcement de la transparence dans la gestion des finances publiques ont contribué à la consolidation du cadre macroéconomique.

En fin 2005, l'encours de la dette publique s'est établi à 1231,8 milliards de FCFA contre 1072,8 milliards de FCFA en 2004. Le ratio encours de la dette par rapport au PIB est de 41,3 %.Ce qui est inférieur à la norme de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africain (UEMOA) fixée à 70 %.

Concernant l'évolution des prix, le taux d'inflation annuel moyen est passé de - 0,4 % en 2004 à 6,4 % en 2005.

3.1.5. Organisation politique et administrative

Depuis juin 1991, le Burkina Faso s'est doté d'une constitution qui consacre la séparation des pouvoirs. Des efforts énormes sont faits par le pays en matière de promotion de l'état de droit et des principes de la bonne gouvernance.

Le territoire national est divisé en régions, provinces, départements, communes et villages.

La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

Actuellement, le pays est dans la phase active du processus de décentralisation administrative qui a abouti à la communalisation intégrale dont l'une des conséquences sera le transfert de plusieurs compétences du département de la santé aux communes.

3.2. Situation sanitaire

3.2.1. Etat de santé des populations

La situation sanitaire est fortement liée au contexte général et à la réalité socioéconomique du pays. Elle se caractérise par un taux de *morbidité générale* de 15,8% (EDS 2003) au sein de la population, principalement due aux maladies infectieuses et parasitaires y compris l'infection à VIH. Le taux de séroprévalence du VIH/SIDA dans l'ensemble de la population est estimé à 1,8% (1,8% pour les femmes et 1,9% pour les hommes) selon EDS 2003.

La situation sanitaire du pays est aussi caractérisée par des taux de mortalité générale (15,2 pour mille) et spécifiques qui restent élevés malgré une certaine amélioration. Entre 1993 et 2003, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 204,5 à 184 pour 1000, celui de la mortalité infantile de 107,6 à 81 pour 1000, celui de la mortalité néonatale de 51,3 à 31 pour 1000 (EDS 1993; 1999; 2003). Le ratio de mortalité maternelle est passé de 566 à 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998 (EDS 1993 ; 1998).

L'état de santé des populations est soumis de façon permanente à l'influence de certains facteurs dont :

- les déterminants institutionnels tels que l'engagement politique, la bonne gouvernance, la collaboration intersectorielle et la coopération internationale ;
- le pouvoir d'achat des populations en général, l'accessibilité aux services de santé, l'insécurité alimentaire ;
- le niveau général d'éducation de la population et les pesanteurs socioéconomiques ;
- les facteurs environnementaux : approvisionnement en eau potable, hygiène et assainissement, pollution des eaux et de l'air ;
- la croissance démographique.

3.2.2. Système national de Santé

Le système national de santé est organisé de façon pyramidale à trois (3) niveaux :

- le niveau central organisé autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat Général définit la politique et assure la coordination technique et administrative des services centraux ;
- le niveau intermédiaire comprend les 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 est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé chargées de planifier et de mettre en œuvre les programmes de santé définis par le Ministère de la Santé.

Les structures de soins, quant à elles, se répartissent en trois secteurs :

- le secteur public de soins avec trois niveaux d'offre des soins (primaire, secondaire et tertiaire) assurés par les 55 districts, les 09 CHR et les 03 CHU :
 - le premier niveau est constitué par le district sanitaire qui comprend deux échelons (CSPS et CMA) ;
 - le deuxième niveau est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR) et ;
 - le troisième niveau par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ;
- le secteur sanitaire privé se développe assez rapidement et concerne principalement le médicament et les structures de soins ;
- la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont reconnues par la loi n°23/94/ADP du 19/5/94 portant Code de la Santé Publique et elles font aujourd'hui l'objet d'une politique formelle du département de la santé.

3.2.3. Problèmes prioritaires

Les efforts déployés depuis plusieurs années, notamment au cours de la mise en œuvre de la tranche 2001-2005 du PNDS, ont permis d'améliorer l'état de santé des populations. Toutefois, cette amélioration est relative au regard de la persistance des endémo-épidémies, aux insuffisances de l'hygiène publique et hospitalière, à la faible qualité des services, au faible développement de la santé communautaire et à la faible performance du système national de santé. Par conséquent, les problèmes prioritaires identifiés depuis 2001 sont toujours d'actualité.

Mais aujourd'hui, certains problèmes apparaissent avoir été sous-estimés à l'époque, comme le mauvais état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes, la mortalité maternelle et les maladies chroniques. D'autres préoccupations relatives au fonctionnement harmonieux du système de santé sont apparues avec la communalisation intégrale en cours.

- **La morbidité et la mortalité générales demeurent élevées**

La morbidité touche particulièrement les enfants de moins de cinq (05) ans et les personnes âgées; elle est le fait des endémo-épidémies tel que le paludisme, première cause de morbidité et de mortalité, des flambées épidémiques d'ampleur variable (méningites, fièvre jaune, choléra, etc.), des maladies non transmissibles (maladies cardio vasculaires, diabète, cancers, etc.) et de la malnutrition protéino-énergétique et des carences nutritionnelles spécifiques (fer, iode, vit A) qui touchent aussi bien les enfants que les femmes enceintes. En effet, il y a une augmentation du taux de déficience en fer chez les femmes enceintes de 40 à 68 %, du taux de MPE aiguë de 13 à 19 % et du taux d'insuffisance pondérale de 34 à 38 %.

Le niveau élevé de la mortalité est dû aux taux élevés des mortalités infantiles, infanto-juvénile et maternelles. Les causes directes des décès maternels sont les infections, les hémorragies et les dystocies. Malgré le fait que les taux de mortalité spécifiques aient connu des réductions notables notamment la mortalité néonatale et infanto-juvénile, ceux-ci sont en deçà des attentes des OMD pour la période concernée.

Les accidents de la circulation, les traumatismes et autres violences participent au maintien à des niveaux élevés de la morbidité et de la mortalité.

Certains programmes de santé publique mis en œuvre n'ont pas donné les résultats escomptés : c'est le cas du paludisme, la lèpre, la maternité à moindre risque, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). La lutte contre la malnutrition n'a pas donné non plus tous les résultats attendus.

- **La prévalence du VIH/SIDA reste élevée**

La pandémie du VIH/SIDA constitue aujourd'hui l'une des grandes préoccupations de développement dans le pays. A cet effet, les mesures prises ont permis de réduire la prévalence de l'infection qui passe, selon l'ONUSIDA², de 6,5% en 2001 à 4,2 % en 2002 et de 2, % en fin 2005 (Rapport ONUSIDA 2006).

Selon les résultats de l'EDS 2003, la prévalence dans l'ensemble de la population est à 1,8 % (1,8 % pour les femmes et 1,9% pour les hommes) selon EDS 2003.

Malgré cette tendance à la baisse, l'infection au VIH touche surtout la tranche d'âge entre 15 et 40 ans; elle est due en grande partie aux comportements à risque, à la persistance des pesanteurs socioculturelles et aux difficultés de mise en œuvre des programmes. Les efforts de lutte contre cette pandémie doivent être poursuivis en dépit de ce léger recul de la prévalence de la maladie, car les conséquences de cette pandémie à terme sont, entre autres, l'affaiblissement du tissu social, la désorganisation des services sociaux comme la santé et l'éducation, et les impacts négatifs sur l'économie nationale.

² L'ONUSIDA utilise une méthode basée sur la sérosurveillance par site sentinelle

- **L'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé reste limitée**

La couverture du pays en infrastructures est globalement insuffisante, doublée d'une répartition inégale des formations sanitaires existantes dans les régions. Cela s'explique en partie, par le non respect des normes de la couverture sanitaire du pays.

En effet, bien que l'on observe une réduction du rayon moyen d'action des formations sanitaires qui passe de 9,18 km en 2001 à 8,2 km en 2005, les zones rurales et périurbaines demeurent faiblement couvertes en infrastructures ; ce qui en limite l'accessibilité géographique aux populations. Il existe encore de nombreuses formations sanitaires incomplètes et bien souvent, les infrastructures sont fortement dégradées par manque de maintenance.

Sur le plan de l'accessibilité financière, le coût des prestations de soins et des médicaments, même génériques, est généralement élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population, surtout dans un contexte marqué par une aggravation de la paupérisation particulièrement en zones rurales.

Par ailleurs, l'accessibilité financière des populations aux services de santé est entravée par les prescriptions irrationnelles, le non fonctionnement du système de prise en charge des indigents, le nombre encore limité des mécanismes de partage de risques santé ainsi que l'absence d'une réelle politique de partage de risque en matière de santé.

- **La qualité des services de santé demeure faible**

Le paquet minimum d'activités n'est pas entièrement offert dans toutes les formations sanitaires existantes dû en partie à l'insuffisance des ressources, surtout humaines, en quantité et qualité. Ceci entraîne une faible disponibilité d'un grand nombre de prestations de soins (curatifs, préventifs et promotionnels) au niveau des formations sanitaires. Celles offertes par les structures de soins, ne répondent pas toujours aux critères de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des populations. Le système de référence et de contre référence n'est pas assez fonctionnel. En effet, les formations sanitaires de référence, ne sont pas toujours accessibles, mais en outre elles ne sont pas capables de prendre en charge certains cas de maladies à cause de leur sous équipement et de l'insuffisance du personnel spécialisé.

Le continuum de soins entre villages et services de santé n'est pas assuré car les activités à base communautaire sont faiblement développées. La qualité insuffisante des services de santé et le développement non harmonisé de la communication pour la promotion de la santé peuvent expliquer en partie le faible taux d'utilisation des services bien qu'il se soit amélioré depuis quelques années (0,21 NC/Hbt/an en 2001 à 0,34 NC/Hbt/an en 2004) avant de connaître un léger fléchissement en 2005 (0,33 nouveaux contacts par habitant).

- **La gestion des ressources humaines de santé reste peu performante**

Dans le cadre de la réforme globale de l'Administration publique, les ressources humaines sont reconnues comme le principal facteur de performance des différents systèmes de développement. Au cours des cinq dernières années des progrès ont été enregistrés dans le domaine des ressources humaines en santé à travers l'augmentation du nombre des inscrits pour les formations de base et des recrutements pour le secteur de la santé.

Par ailleurs, la Direction des Ressources Humaines a bénéficié d'un apport supplémentaire en compétences dont elle a besoin, ce qui renforce sa capacité à mieux organiser la gestion des personnels de santé.

Malgré ces efforts, il persiste une insuffisance des ressources humaines en santé et une mauvaise répartition du personnel existant avec des effectifs pléthoriques dans les centres urbains alors qu'en milieu rural, près d'un tiers des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ne remplissent même pas les normes minimales en ressources humaines. Dans le domaine de la formation, il n'existe pas un plan de formation cohérent basé sur un programme adapté aux besoins, une stratégie pour la formation continue ainsi que celle des spécialistes. Il manque également une stratégie d'intégration des formations en sciences de la santé et des référentiels de normes en ressources humaines pour toutes les formations sanitaires. Les procédures et outils de gestion sont encore incomplets et il n'y a pas une bonne maîtrise des effectifs du personnel par catégorie aux différents niveaux.

- **Le cadre institutionnel demeure faible**

Le renforcement institutionnel a bénéficié de plusieurs mesures prises par l'Etat, afin d'améliorer la capacité des structures du département de la santé à faire face à leurs nouvelles attributions. Ces mesures ont pu améliorer les mécanismes de coordination interne et externe, d'analyse, de planification et de gestion des services de santé, mais ces capacités sont insuffisamment développées et la faiblesse du cadre institutionnel demeure une préoccupation majeure. Par ailleurs, le cadre institutionnel devrait s'adapter aux dispositions nouvelles du processus de décentralisation en cours avec la communalisation intégrale du territoire.

- **La coordination et la collaboration intersectorielle restent insuffisantes**

Des efforts de coordination des interventions des partenaires (secteur privé, ONG/associations, organismes de financement) ont été intensifiés ces dernières années, mais celle-ci reste encore insuffisante dans certains domaines. Les cadres de concertation existants entre acteurs ne fonctionnent pas de façon satisfaisante d'où la persistance d'interventions isolées en dehors des orientations nationales, ne permettant pas ainsi d'optimiser l'utilisation des ressources mobilisées.

La création du comité interministériel de réflexion sur les problèmes de santé à caractère multisectoriel ainsi que l'implication des autres secteurs à l'élaboration du PNDS et au suivi de sa mise en œuvre, ont contribué au renforcement de la

collaboration intersectorielle au niveau central. Mais aux différents niveaux déconcentrés du système de santé, les organes de collaboration intersectorielle ne sont pas suffisamment efficaces. Pourtant le processus de communalisation intégrale en cours a des implications importantes sur le système de santé intégré de district en termes de gestion du patrimoine de la santé transféré aux communes.

3.3. Objectifs du plan 2006 - 2010

Les objectifs du PNDS 2001-2010 demeurent d'actualité en dépit du fait que certains d'entre eux ont été réalisés à un niveau appréciable (cf. bilan mise en œuvre tranche 2001-2005).

Au terme de la mise en œuvre de la tranche 2006-2010, les résultats attendus par objectif intermédiaire, en terme d'évolution des indicateurs, sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau N°03 : Situation de base 2001-2005 et résultats attendus de la mise en œuvre du plan 2006-2010

Objectif intermédiaire	Indicateurs	Situation de base 2001	Niveau atteint 2005	Niveau prévu 2010
1. Accroître la couverture sanitaire nationale	• Rayon moyen d'action des CSPS (Km)	9,18	8,2	7,2
	• Ratio habitants par CSPS	14.177	10.079	7.500
	• Pourcentage de DS opérationnels selon les normes	76,8	85	90
2. AMELIORER LA QUALITE ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE	• Nombre de Nouveaux Consultants/habitant	0,21	0,33	0,5*
	• Taux de couverture en césariennes	13,08	16,58	20
	• Pourcentage de dépôts MEG n'ayant pas connu de rupture de stock pour les 10 molécules les plus utilisées	ND	91,28	95
	• Pourcentage de DRD n'ayant pas connu de rupture des 45 molécules essentielles	ND	97,09	100
3. Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles	• Taux de couverture en CPN 2	ND	63,31	90*
	• Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	36,09	37,67	60*
	• Taux de prévalence contraceptive	12,64	22,46	27
	• Taux de couverture vaccinale par antigène	84,46	111,72	100 **
	- BCG	ND	(85)	90

	<ul style="list-style-type: none"> - DTC-HEP+HB1 (DTC1) - DTC-HEP+HB3 (DTC3) - VAR - VAA - VAT2 • Taux de guérison de la tuberculose • Taux de létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans • Proportion des enfants de <5 ans dormant sous MTI • Proportion des Femmes Enceintes dormant sous MTI • Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans 	<p>(86,27)</p> <p>ND</p> <p>(64,26)</p> <p>65,44</p> <p>51,95</p> <p>37,06</p> <p>12,4</p> <p>10</p> <p>ND</p>	<p>(85)</p> <p>84</p> <p>84,09</p> <p>70,87</p> <p>54,25</p> <p>8,76</p> <p>23,17</p> <p>27,50</p> <p>34,9</p>	<p>95**</p> <p>90**</p> <p>90**</p> <p>90</p> <p>85***</p> <p>4,38***</p> <p>80***</p> <p>80***</p> <p>Moins de 35% **</p>
4. Réduire la transmission du VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de séroprévalence • Proportion de personnes atteintes du SIDA sur ARV ; • % femmes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet pour la PTME • Taux de rupture en kit au DRD pour la prise en charge des IST • % de structures de soins utilisant le protocole national de prise en charge 	<p>4,8</p> <p>ND-</p> <p>4,8</p> <p>ND-</p> <p>ND-</p>	<p>2,3 (Onusida)</p> <p>33,9</p> <p>18,10</p> <p>36,41</p> <p>64</p>	<p>1,5**</p> <p>50**</p> <p>35***</p> <p>moins de 15%</p> <p>80</p>
5. Développer les ressources humaines en santé	<ul style="list-style-type: none"> • % de CSPS conformes aux normes en matière de personnel 	<p>ND</p>	<p>77,05</p>	<p>80=</p>
6. Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de FS utilisant les GDT • Nombre de mécanismes de partage des risques existants 	<p>ND</p> <p>64</p>	<p>97,71</p> <p>136</p>	<p>100</p> <p>200</p>
7. accroître les financements du secteur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • % du budget de l'Etat alloué à la santé • Taux d'exécution du budget de l'Etat alloué à la santé 	<p>6,32</p> <p>70,57</p>	<p>7,09</p> <p>78,37</p>	<p>15</p> <p>100</p>

8. Renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé	• pourcentage de commissions techniques du comité de suivi du PNDS fonctionnelles	ND	80	90
	• Pourcentage de réunions du Comité de suivi du PNDS tenues	ND	90	95
	• % de directions centrales renforcées	ND	43	100

* Préviation retenue dans le PNDS 2001-2010

** Préviation faite sur la base des données du PAP rapportées à 2010

*** préviation retenue dans les documents stratégiques des programmes concernés

NB : Les prévisions 2010 sont susceptibles de révisions périodiques

3.4. Axes d'intervention/Stratégies

L'évaluation à mi-parcours du PNDS a révélé que les acquis demeurent insuffisants quant à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement malgré de nombreux succès enregistrés entre 2001 et 2005. C'est pourquoi des stratégies basées sur des interventions à gain rapide ont été jugées opportunes pour la période 2006-2010 du PNDS. Il s'agit d'interventions qui permettront l'atteinte rapide des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Dans le contexte du Burkina Faso, plusieurs rencontres de réflexion réalisées sur ce sujet, ont permis d'établir une liste des interventions/stratégies à gain rapide qui sont :

- la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) sur les plans clinique et communautaire ;
- le marketing social des moustiquaires ;
- le traitement prophylactique intermittent du paludisme ;
- la mise en œuvre du paquet minimum d'activités nutrition à tous les niveaux ;
- la vaccination ;
- les soins d'urgence et en particulier les soins obstétricaux d'urgence ;
- Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB) ;
- Soins Obstétricaux d'Urgence Complets (SOUC) ;
- Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) ;
- la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) du VIH ;
- la promotion du dépistage volontaire du VIH ;
- le traitement aux Anti Rétro Viraux (ARV) ;
- la Prise en Charge Intégrée des Maladies liées au VIH (PCIM/VIH) ;
- la surveillance de seconde génération du VIH ;
- le traitement de la Tuberculose par la méthode (DOTS) ;
- la décentralisation de la collecte des crachats pour le diagnostic de la Tuberculose.
- la Planification Familiale.

Il s'agit pour la plupart, de stratégies déjà existantes dont la mise en œuvre intégrée permettra d'agir de façon transversale sur les principales causes de morbidité et mortalité spécifiques que sont: le paludisme, les maladies cibles du PEV, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le VIH/SIDA et la tuberculose. Une attention particulière devra être accordée par l'Etat et ses partenaires pour la déclinaison de cette stratégie, à la mise en place :

- d'une nomenclature détaillée des activités notamment celles dites à gain rapide ;
- des moyens et notamment des ressources humaines requises pour l'obtention de résultats rapides et une amélioration significative des indicateurs y afférent.

L'ensemble des stratégies concourant à l'atteinte des objectifs fixés (cf. tableau «quelques résultats attendus») sont définies par objectif spécifique (cf. planning des activités en annexe). Ces stratégies correspondent pour une grande part à celles retenues dans le document du PNDS 2001-2010. A celles-ci s'ajoute une nouvelle stratégie définie à partir des besoins issus du bilan de mise en œuvre de la phase 2001-2005. Il s'agit du «développement d'un réseau national de transfusion sanguine».

Ainsi, bien que la totalité des axes d'intervention du PNDS 2001-2010 reste d'actualité, un accent particulier sera mis au cours de la période 2006-2010 sur les volets ci-après :

- L'accélération de la mise en œuvre des activités de soins de santé essentiels que sont le planning familial, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique et communautaire), la lutte contre les maladies cibles prioritaires (paludisme, malnutrition, maladies cibles du PEV, maladies diarrhéiques aiguës, les épidémies, VIH/SIDA, tuberculose). Les activités à base communautaire seront renforcées grâce à l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'intervention à base communautaire appuyée par un plan de communication. Un accent particulier sera mis sur le financement du passage à l'échelle nationale des interventions à gain rapide, pour l'atteinte des OMD, relatives à la survie des mères, nouveaux nés et des enfants de 0 à 5 ans. Ce sont : la prise en charge de la malnutrition chez les jeunes enfants, le PEV, l'assurance de la disponibilité et de la promotion des moustiquaires imprégnés chez les femmes enceintes et les enfants de 0-5 ans, la supplémentation semestrielle de Vitamine A des enfants de 6 à 59 mois couplée au déparasitage, la mise en œuvre de la CPN recentrée, la promotion de l'accouchement assisté par du personnel qualifié, la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales, l'amélioration du suivi postnatal précoce et la planification familiale.
- Le renforcement de la lutte contre les autres maladies transmissibles et non transmissibles particulièrement les autres maladies infectieuses, les autres maladies chroniques (diabète, hypertension, cancers,...).

- Le renforcement de la coordination et de la synergie des services de soutien au développement des services de santé de qualité par une analyse holistique des besoins (Médicaments, réactifs, équipement, logistique, infrastructures..).

Les structures impliquées agiront de manière concertée et travailleront avec les programmes nationaux pour effectuer une planification conjointe à moyen terme. Cela facilitera la mobilisation des ressources et la rationalisation de leur utilisation.

- Le renforcement institutionnel des directions centrales et des directions régionales et des cadres de concertation après une analyse institutionnelle critique des attributions, des ressources tant humaines que matérielles afin de renforcer leur capacité d'analyse, de conception et de gestion axée vers les résultats. Ce qui nécessitera un renforcement du système d'information sanitaire avec une prise en compte de la composante financière.
- L'amélioration de l'accessibilité financière en tant que facteur important de l'utilisation des services de santé. En effet, avec la tarification des actes et le recouvrement des coûts, une proportion importante de la population est exclue des soins ; ce qui pose un problème d'équité. C'est pourquoi, des mesures doivent être prises pour faciliter l'accès universel aux soins par les plus pauvres, les plus vulnérables et à risques et les indigents. Pour ce faire, des mécanismes de partages des risques de santé en cours de mise en place, seront renforcés et des réflexions seront menées pour le développement des mutuelles et des assurances de santé .Pour soutenir toutes ces actions, une politique de mutuelles de santé sera élaborée en concertation avec les autres secteurs ministériels concernés.

La mise en œuvre et le suivi de ces axes d'intervention se feront à travers les plans de développement des districts, des régions, du plan de communication du PNDS et du plan d'action annuel du Ministère de la Santé.

3.5. Programmation des activités pour la tranche 2006 – 2010

Les principales activités découlant des différentes stratégies sont répertoriées dans le planning joint en annexe. Elles sont définies par axe stratégique pour l'atteinte des objectifs spécifiques relatifs à l'objectif intermédiaire correspondant du PNDS.

En vue de faciliter le choix des activités prioritaires à programmer par année au cours de la mise en œuvre du plan, une estimation des infrastructures à construire et à équiper ainsi que le personnel de santé nécessaire à son bon fonctionnement a été réalisée et jointe en annexe.

3.6. Coût et financement

Le cadrage financier de la tranche 2006 – 2010 du PNDS a permis d'estimer le coût global par objectif intermédiaire du PNDS. Il a permis d'estimer les prévisions de financement pour la même période.

3.6.1. Coût prévisionnel du plan 2006-2010

Le coût du plan 2006-2010 de mise en œuvre du PNDS est estimé à 565 658 884 000 FCFA, dont 245 833 300 000 FCFA (43 %) pour les coûts courants des services publics et 319 825 584 000 FCFA (57 %) pour les coûts additionnels des programmes (cf. tableau n°3 ci-dessous).

L'évolution des coûts courants des services publics dans le temps provient du CDMT global pris en compte dans le CDMT santé.

La part des investissements supportée par le budget de l'Etat, incorporée dans le coût des programmes, est de 72 141 000 0000 FCFA.

Tableau N°04 : Coût du plan 2006-2010 de mise en œuvre du PNDS (x 1000FCFA)

Rubriques	COUT PAR ANNEE					
	2006	2007	2008	2009	2010	Total 2006-2010
A1.coût courant des services publics	42 904 000	47 516 000	50 926 000	53 124 000	51 363 300	245 833 300
Personnel	52 811 666	73 154 644	79 087 139	65 859 684	67 287 392	338 200 524
Fonctionnement	15 020 251	29 279 857	37 908 328	25 442 546	25 018 743	132 669 724
Transferts courants	1 768 913	3 199 760	2 952 219	2 988 984	2 797 417	13 707 292
A2.coûts additionnels des programmes	50 608 166	69 783 454	72 929 145	61 584 936	64 919 884	319 825 584
1: Accroître la couverture sanitaire nationale	12 816 751	25 908 667	31 750 334	21 167 798	22 651 235	114 294 784
2: Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé	1 768 913	3 199 760	2 952 219	2 988 984	2 797 417	13 707 292
3: Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles	32 772 099	36 806 760	34 661 715	34 402 689	36 330 598	174 973 860
4: Réduire la transmission du VIH	1 103 399	1 514 652	1 588 090	1 606 895	1 678 976	7 492 012
5: Développer les ressources humaines en santé	920 900	1 114 224	758 133	277 941	313 557	3 384 755
6: Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé	800 066	831 538	835 329	863 614	885 470	4 216 016
7: Accroître les financements en faveur du secteur de la santé	33 074	63 206	56 280	52 444	53 267	258 271
8: Renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé	392 964	344 647	327 045	224 573	209 365	1 498 594
TOTAL GENERAL (A1+A2)	93 512 166	117 299 454	123 855 145	114 708 936	116 283 184	565 658 884

Le coût total du plan 2006-2010 de mise en œuvre du PNDS est la somme des coûts courants des services publics et des coûts additionnels des programmes.

Les coûts courants des services publics représentent tous les coûts couverts par le budget de l'Etat à l'exception des investissements pris en compte dans les coûts additionnels des programmes.

Par rapport aux prévisions initiales pour la période 2006-2010, le pourcentage d'augmentation entre les deux plans est de 40,59 % (cf tableau n°05).

Tableau N°05 : Comparaison des coûts : estimation 2003 et 2006 (x 1000 FCFA)

Rubriques	Estimation de 2003	Estimation de 2006	Ecart	Ecart en %
	2006-2010	2006-2010		
A1.coûts courants des services publics	198 093 000	245 833 300	47 740 300	24,10%
A2.coûts additionnels des programmes	204 260 986	319 825 584	115 564 598	56,58%
1 : Accroître la couverture sanitaire nationale	41 818 073	114 294 784	72 476 711	173,31%
2 : Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé	18 905 049	13 707 292	-5 197 757	-27,49%
3 : Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles	31 821 978	174 973 860	143 151 882	449,85%
4 : Réduire la transmission du VIH	49 263 440	7 492 012	-41 771 428	-84,79%
5 : Développer les ressources humaines en santé	46 416 932	3 384 755	-43 032 177	-92,71%
6 : Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé	9 944 167	4 216 016	-5 728 151	-57,60%
7 : Accroître les financements en faveur du secteur de la santé	1 757 094	258 271	-1 498 823	-85,30%
8 : Renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé	4 334 254	1 498 594	-2 835 660	-65,42%
TOTAL GENERAL (A1+A2)	402 353 986	565 658 884	163 304 898	40,59%

Ce tableau fait ressortir une redistribution des coûts entre les différents objectifs intermédiaires allant de -93 % à 450 %.

L'augmentation importante au niveau de l'objectif intermédiaire n°3 (renforcer la lutte contre les maladies) de 450 % s'explique essentiellement par les coûts liés aux :

- vaccins et aux consommables PEV ;
- activités de lutte contre le paludisme (prise en charge, matériaux traités aux insecticides) ;
- activités de planification familiale.

Pour ce qui concerne l'objectif intermédiaire n°1, l'augmentation de 211% s'explique principalement par la programmation de :

- 4 CHR (délocalisation des CHR de Ouahigouya et de Tenkodogo et construction des CHR de Manga et Ziniaré) ;
- 1 CHU à Ouagadougou ;
- 1 hôpital de jour pour enfants à Bobo Dioulasso ;
- 200 CSPS complets ;
- 12 CMA ;
- 126 maternités ;
- 305 dépôts MEG ;
- 400 logements.

Dans cet objectif, il est également prévu le développement de pôles d'excellence dans les CHU de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso.

3.6.2. Rapprochement des coûts et financements de la tranche 2006-2010

Les sources de financement du plan 2006-2010 sont le budget de l'Etat y compris les ressources PTE et les appuis budgétaires, la contribution des ménages/individus et l'apport des partenaires techniques et financiers. Du fait que les appuis budgétaires sont non ciblés, leur montant n'a pu être isolé.

Les ressources du budget de l'Etat et celles des ménages/individus constituent la capacité de financement interne. Elle a été déterminée sur la base des données fournies par le CDMT global, reprises au niveau du CDMT santé. Les financements pour les dépenses du Ministère de la Santé concernent les dépenses de fonctionnement et d'investissement.

Pour ce qui est de la contribution des ménages/individus aux dépenses de santé dans les formations sanitaires publiques, le CDMT ne fait pas ressortir une répartition de cette contribution par niveau de soins. De même, les différents documents consultés n'en font pas cas. C'est ainsi que, pour tenir compte du niveau de revenu, une progression de 2 % a été faite à partir de 2006 jusqu'en 2010. Les données de base de 2006 sont celles fournies par le CDMT santé.

Le financement extérieur représente les aides multi et bilatérales, accordées sous forme de subventions/dons ou de prêts. La collecte de données relatives aux projections des financements de 2006 à 2010 a été faite auprès des différents partenaires techniques et financiers et des projets et programmes du Ministère de la Santé.

Les financements ne prennent pas en compte les fonds liés à l'initiative d'annulation de la dette multilatérale (IADM) compte tenu du fait que les modalités d'utilisation ne sont pas connues.

Les prévisions de financement du PNDS s'élèvent à 502 447 774 000 FCFA dont 77,85 % proviennent des financements internes et 22,15 % en contribution sous forme de subventions/dons et prêts dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale.

En valeur absolue, la contribution de l'Etat est de 311 774 300 000 FCFA pour la période 2006-2010. Il convient de préciser que le CDMT global et celui de la santé sont glissants. Ce qui justifie en partie les différences au niveau des chiffres d'un document à un autre. Les enveloppes du CDMT global sont indicatives et ne constituent pas une allocation définitive des ressources. Dans ces conditions, elles peuvent faire l'objet de modification en cours de préparation de budget. Il en est de même pour les années futures au cours desquelles les ressources peuvent être revues à la hausse ou à la baisse. Les modifications sont déterminées par l'environnement économique national et international, ainsi que les choix stratégiques du gouvernement.

Les hypothèses d'évolution du CDMT global tiennent compte du cadre macroéconomique et de la croissance économique. Ainsi, partant de la pression fiscale et des possibilités de mobilisation des ressources internes, des appuis budgétaires sont sollicités auprès des partenaires pour le financement des déficits budgétaires.

La prise en compte plus exhaustive des financements des partenaires contribue à expliquer les décalages constatés entre les chiffres dans le plan 2006-2010 par rapport au CDMT 2005-2010 du Ministère de la Santé.

L'augmentation du budget ordinaire s'explique en partie par l'intégration des ressources PPTE à partir de 2007.

Les besoins de financement sont estimés à 63 211 110 000 FCFA sur la période 2006-2010, soit en moyenne 12 642 222 000 FCFA par an (cf. tableau n°6).

Tableau N°06 : Rapprochement des coûts et financements du plan 2006-2010

Rubriques	COUT PAR ANNEE (X 1000 F CFA)					Total 2006-2010
	2006	2007	2008	2009	2010	
A- Coût totaux (A1+A2)	93 512 166	117 299 454	123 855 145	114 708 936	116 283 184	565 658 884
A1- Coût courant des services publics	42 904 000	47 516 000	50 926 000	53 124 000	51 363 300	245 833 300
A2- Coût additionnel des projets et programmes	50 608 166	69 783 454	72 929 145	61 584 936	64 919 884	319 825 584
1- Accroître la couverture sanitaire nationale	12 816 751	25 908 667	31 750 334	21 167 798	22 651 235	114 294 784
2- Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé	1 768 913	3 199 760	2 952 219	2 988 984	2 797 417	13 707 292
3- Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles. et non transmissibles.	32 772 099	36 806 760	34 661 715	34 402 689	36 330 598	174 973 860
4- Réduire la transmission du VIH	1 103 399	1 514 652	1 588 090	1 606 895	1 678 976	7 492 012
5- Développer les ressources humaines en santé	920 900	1 114 224	758 133	277 941	313 557	3 384 755
6- Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé	800 066	831 538	835 329	863 614	885 470	4 216 016
7- Accroître les financements en faveur du secteur de la santé	33 074	63 206	56 280	52 444	53 267	258 271
8- Renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé	392 964	344 647	327 045	224 573	209 365	1 498 594
B- Capacité de financement interne (B1+B2+B3)	67 101 000	73 277 300	80 394 226	85 931 891	84 464 708	391 169 125
B1. Dépenses du Ministère de la Santé	46 836 000	58 931 000	65 761 000	71 006 000	69 240 300	311 774 300
a)- Dépenses d'investissement de la santé	7 534 000	11 415 000	14 835 000	17 882 000	17 877 000	69 543 000
b)- Dépenses de fonctionnement	39 302 000	47 516 000	50 926 000	53 124 000	51 363 300	242 231 300
i)- Dépenses de personnel	14 898 000	16 616 000	17 393 000	18 211 000	18 212 000	85 330 000
ii)- Autres dépenses de fonctionnement	9 120 000	14 530 000	15 246 000	16 187 000	14 425 300	69 508 300
iii)- Transferts	15 284 000	16 370 000	18 287 000	18 726 000	18 726 000	87 393 000
B2- Financement local	14 065 000	14 346 300	14 633 226	14 925 891	15 224 408	73 194 825
i)-CHU	2 109 750	2 151 945	2 194 984	2 238 884	2 283 661	10 979 224
ii)-CHR	1 265 850	1 291 167	1 316 990	1 343 330	1 370 197	6 587 534
iii)-Formations sanitaires périphériques	10 689 400	10 903 188	11 121 252	11 343 677	11 570 550	55 628 067
B3-Fonds alloués à la santé dans le cadre du PPTE	6 200 000	0	0	0	0	6 200 000
C- Financement extérieur	18 818 693	33 895 483	26 902 404	20 570 122	11 091 947	111 278 649
Bilatéraux et Multilatéraux	18 818 693	33 895 483	26 902 404	20 570 122	11 091 947	111 278 649
D- Total des financements (B+C)	85 919 693	107 172 783	107 296 630	106 502 013	95 556 655	502 447 774
E- Besoins de financement (A - D)	7 592 473	10 126 671	16 558 515	8 206 923	20 726 529	63 211 110

Ressources PPTE intégrées au budget ordinaire de l'Etat à partir de 2007

3.7. Mise en œuvre du plan 2006-2010

3.7.1. Facteurs favorables et contraintes

La mise en œuvre du plan 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 du plan 2006-2010 de mise en œuvre du PNDS.

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

La bonne exécution dudit plan 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.

- **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 autorités sanitaires 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 tendu l'élaboration 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 - sous réserve de son actualisation régulière - 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 de mieux impliquer les acteurs de terrain et les bénéficiaires dans la prise de décision est une réalité. Le processus amorcé au sein du département sera renforcé et étendu à l'ensemble des acteurs au niveau national. La décentralisation territoriale qui consacre les collectivités comme entités décentralisées avec un transfert de certaines compétences à leur niveau 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. Il s'est concrétisé davantage durant tout le processus d'élaboration des documents (PSN et PNDS) et de la mise en œuvre du plan triennal 2003-2005.

- **L'existence d'un Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) pour le secteur santé**

Le Burkina Faso dispose d'un Cadre des Dépenses à Moyen Terme global dont découle un Cadre des Dépenses à Moyen Terme pour le secteur santé. Son actualisation devrait permettre de prendre en considération les besoins de financement du plan de mise en œuvre 2006-2010 du PNDS et devrait servir de base à une allocation interne des ressources de façon plus adéquate.

- **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 prenant en compte le contrôle de qualité**

Le pays dispose d'une politique de médicaments essentiels génériques avec une structure centrale d'approvisionnement (CAMEG) à laquelle est venu s'ajouter un

Laboratoire National de Santé Publique chargé, entre autres, du contrôle de la qualité des médicaments essentiels génériques et de la pharmacovigilance. Il existe également un système de veille sanitaire.

- **L'approche sectorielle pour le développement sanitaire**

Le Ministère de la Santé a adopté l'approche sectorielle comme stratégie de développement sanitaire et plus particulièrement pour la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire avec une expérience concluante de mise en place d'un panier commun. Cette approche permettra une mise en œuvre harmonieuse du plan quinquennal 2006-2010 en respectant l'équilibre régional et l'équité.

• **Les contraintes**

Les contraintes à la mise en œuvre du plan 2006-2010 de 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 populations aux services. La mise en œuvre dudit plan 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 que l'existence de tabous alimentaires, la pratique de l'excision, les violences domestiques.

3.7.2. Mécanisme de mise en œuvre

La tranche quinquennale 2006-2010 qui prend en compte les objectifs du CSLP et les objectifs prioritaires du gouvernement en matière de santé sera exécutée sous forme de plans annuels des structures centrales, déconcentrées et décentralisées.

Les principales étapes de la démarche sont les suivantes :

- **Planification des tranches annuelles**

- sur la base des programmes prioritaires et des indicateurs de performances des structures chargées de la mise en œuvre du plan, le Ministère (niveau central) 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 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 leurs plans d'appui aux districts (coordination, supervision, formation, etc.). Ces plans incluent 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..) ;

- **Modalités de financement des plans d'action**

Les plans d'action feront l'objet d'arbitrage et d'adoption à tous les niveaux conformément aux modalités définies par le niveau central.

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

- mise à disposition de plans d'action adoptés, assortis de budgets consolidés ;
- signature de contrats d'objectifs entre le niveau central d'une part, et chaque district, hôpital et région sanitaire d'autre part ;
- une évaluation périodique des plans d'action ;
- des audits des comptes de chaque niveau.

A cet effet, le comité de suivi adoptera 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 plan 2006-2010.

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

3.7.3. Suivi et évaluation du PNDS

- **Suivi**

Le suivi de l'exécution du plan 2006-2010 de mise en œuvre du PNDS sera assuré par le comité de suivi dont l'organisation, les attributions et le fonctionnement sont définis dans l'arrêté conjoint N°2003-104/MS/MFB du 27 février 2003.

Outre les réunions régulières du comité de suivi, la qualité du suivi repose sur un travail régulier et approfondi des six commissions techniques du PNDS :

- ressources humaines ;
- décentralisation ;
- renforcement institutionnel du Ministère de la Santé ;
- secteur privé ;
- approche sectorielle et financement de la santé ;
- indicateurs de suivi du PNDS.

Une attention particulière sera accordée au bon fonctionnement de ces commissions.

Le suivi se fera selon le tableau des principaux indicateurs élaborés et révisés notamment par la commission technique idoine puis validés par le Comité de suivi. Ces indicateurs permettent d'apprécier les performances des structures chargées de la mise en œuvre du plan.

Ainsi, chaque district sanitaire et chaque Centre hospitalier (CHR, CHU) disposent d'indicateurs en fonction du paquet minimum d'activités (PMA) défini et pour chacun des programmes prioritaires.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation du PNDS découlent d'un enrichissement des indicateurs retenus pour le suivi de la mise en œuvre du CSLP. Ils constituent un panel d'outils pertinents de mesure des performances des services par niveau du système de santé. La liste actuelle des indicateurs sera révisée afin de tenir compte de l'évolution du plan et notamment de la mise en œuvre de la stratégie des activités à gain rapide.

Outre les rapports périodiques régulièrement envoyés à la DEP/Santé par les formations et structures sanitaires, le Comité de Suivi du PNDS pourra, selon les besoins, effectuer des sorties de suivi, 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.

- **Evaluation du PNDS**

Une évaluation externe finale du PNDS est prévue avant l'élaboration du prochain plan de développement sanitaire.

A N N E X E S

Annexe : Planning opérationnel

Objectif intermédiaire 1 : Accroître la couverture sanitaire nationale

Objectif spécifique 1.1. : Développer les infrastructures sanitaires et les équipements

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Normalisation des infrastructures incomplètes : 1 CSPS = - 1 dispensaire - 1 maternité - 2 logements - 1 dépôt MEG - 1 forage et des latrines(préciser nombre)	1. Construire 126 maternités et les annexes manquantes	DGIEM	DAF	X	X	X	X	X
	2. Construire 63 dispensaires et les annexes manquants	DGIEM	DAF	X	X	X	X	X
	3. Construire 305 dépôts MEG	DGIEM	DAF	X	X	X	X	X
	4. Construire 400 logements	DGIEM	DAF	X	X	X	X	X
	5. Construire 342 forages	DGIEM	DAF	X	X	X	X	X
	6. Construire 14 DRD	DGIEM	DAF	X	X	X	X	X
	7. Construire 7 salles d'imagerie dans les CMA	DGIEM	DAF	X	X	X	X	X
	8. Renforcer 05 CHR (Fada, Gaoua, Dori, Koudougou, Dédougou, Banfora)	DGHSP	DGIEM/DAF	X				
	9. Développer des pôles d'excellence dans les CHU (CHU-YO, CHU-SS, CHUP-CDG)	DGHSP	CHU concernés		X	X	X	X
Réhabilitation des infrastructures existantes	10. Réhabiliter 109 CSPS	DGIEM	DAF		X	X	X	X
	11. Réhabiliter 1 laboratoires des CMA	DGIEM	DAF		X	X		
	12. Réhabiliter 1 bloc opératoire et ses annexes dans la région sanitaire du Centre	DGIEM	DAF		X	X		
Reconstruction des infrastructures déjà existantes	13. Reconstruire 2 CHR à Ouahigouya et à Tenkodogo	DGHSP	DGIEM/PADS-CEN		X	X		
	14. Reconstruire 1 CMA à Zabré	DGIEM	DAF			X		
Construction de nouvelles infrastructures administratives	15. Construire 10 bâtiments à usage de bureau pour les ECD	DGIEM	PCCS-ZR/PADS-CEN	X	X	X	X	X
	16. Construire 3 bâtiments à usage de bureau pour DRS (sous estimé)	DGIEM	DAF	X	X	X		
	17. Construire 2 bâtiments à usage administratif pour DEP, DGIEM	DGIEM	DAF	X	X	X		

Objectif spécifique 1.1. : Développer les infrastructures sanitaires et les équipements (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Construction de nouvelles formations sanitaires	18. Construire 1 CHU à Ouagadougou	DGHSP	DGIEM/DAF			X	X	X
	19. Construire 1 hôpital de jour pour enfants à Bobo-Dioulasso	DGHSP	DGIEM/CMLS			X		
	20. Construire 2 nouveaux CHR à Manga et à Ziniaré	DGHSP	DGIEM/DAF			X	X	X
	21. Construire 12 CMA (Sapouy, Réo, Bitou, Pouytenga, Gourcy, Gayéri, Ouaga, Bobo, Saaba) Garango ?	DGIEM	PCCS/ZR/PADS /CEN/DAF	X	X	X	X	X
	22. Construire 200 nouveaux CSPS complets (à prioriser)	DGIEM	PADS-CEN/PCCS-ZR/DAF	X	X	X	X	X
	23. Construire un centre de médecine traditionnelle et de soins intégrés	DGPML	DGIEM/DAF		X	X		
	24. Construire 2 dépôts régionaux de la CAMEG (lieu à préciser)	CAMEG	DRS		X	X		
Construction de nouvelles formations sanitaires et d'infrastructures administratives	25. Construire 1 incinérateur approprié fonctionnel dans chaque CHU, CHR, CMA	DGHSP	DGIEM/DAF DHPES	X	X	X	X	X
	26. Construire 7 SIEM dans les DRS (Kaya, Manga, Ziniaré, Tenkodogo, Koudougou, Banfora, Ouagadougou)	DGIEM	DAF/PADS-CEN/PPOKK			X	X	X
Maintenance des infrastructures et équipements des formations sanitaires	27. Mettre en place une base de données sur les infrastructures régulièrement mise à jour	DEP	DGIEM/DAF/DGS	X	X			
	28. Elaborer une liste d'équipements essentiels basée sur les normes par niveau de soins	DGIEM	DGS/DGHSP	X	X			
	29. Elaborer les normes et standards des CSPS et CMA urbains	DGIEM	DGS/DRS	X	X			
	30. Elaborer les plans standards de construction des CSPS et des CMA selon les régions	DGIEM	DGS/DRS	X	X			
	31. Diffuser les normes et les plans standards élaborés	DGIEM	DGS/DRS	X	X			
	32. Equiper les infrastructures sanitaires selon les normes	DGIEM	DAF/Partenaires	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 1.1. : Développer les infrastructures sanitaires et les équipements (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
	33. Compléter et réactualiser périodiquement les normes	DGIEM	DC/DRS/DS/CHU/CHR		X		X	
Maintenance des infrastructures et équipements des formations sanitaires	34. Définir une stratégie de maintenance des infrastructures et des équipements assortie d'un plan	DGIEM	PADS-CEN	X	X			
	35. Former les utilisateurs sur place à l'entretien des infrastructures et des équipements	DGIEM	structures de santé	X	X	X	X	X
	36. Equiper 7 SIEM dans les DRS en matériels adéquats (Kaya, Manga, Ziniaré, Tenkodogo, Banfora, Ouagadougou)	DGIEM	DRS	X	X	X		
	37. Assurer les maintenances préventive et curative des infrastructures et des équipements par des équipes techniques	DGIEM	structures de santé	X	X	X	X	X
	38. Créer un atelier de maintenance dans chaque DS	DGIEM	DRS/DS	X	X	X	X	X
	39. Suivre la réalisation d'infrastructures planifiées et l'acquisition des équipements	DGIEM	DEP/DAF/DRS	X	X	X	X	X
	40. Contrôler l'application des normes en matière d'infrastructures et d'équipements	DGIEM	Structures de santé	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 1.2. : Opérationnaliser 100 % des districts sanitaires d'ici 2010

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement des capacités opérationnelles des structures d'appui à la décentralisation	41. Décrire les postes de travail au niveau de chaque structure	DRH	DC/DRS/DS/Structures de soins	X	X			
Renforcement des capacités opérationnelles des districts sanitaires	42. Doter chaque CMA d'une ambulance	DAF	MFB	X	X	X	X	X
	43. Mettre en place/dynamiser les structures de gestion des districts	DRS	ECD	X	X	X	X	X
	44. Former par an 30 médecins en gestion des districts	DGS	CADSS/DRS	X	X	X	X	X
	45. Former par an 15 médecins en chirurgie essentielle	DGS	CADSS/CHU/CHR	X	X	X	X	X
	46. Former les autres membres des ECD en gestion des districts	DRS	ECD	X	X	X	X	X
Application de modèles adaptés aux districts urbains et aux districts centrés sur un CHR	47. Créer 3 nouveaux districts urbains (2 à Ouagadougou et 1 à Bobo)	DGS	MATD	X	X			
	48. Mettre en œuvre les modalités d'opérationnalisation et de fonctionnement des districts urbains et de districts centrés sur les CHR	DGS	CADSS/DRS DS/CHR	X	X			
	49. Suivre l'application des modalités d'opérationnalisation des districts urbains et des districts centrés sur les CHR	DGS	DRS	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 1.3. : Développer les services à base communautaires

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Mobilisation sociale	50. Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication pour le développement des services à base communautaire	DHPES DGS	DCPM DHPES/DRS DS/DCPM	X				
					X	X	X	X
Promotion des activités à base communautaire	51. Elaborer une stratégie nationale d'interventions intégrées à base communautaire	DGS	DRS/partenaires DHPES DSF DN DPV DLM	X				
	52. Former et encadrer les agents SBC impliqués dans la mise en œuvre de certains programmes	ECD	DRS/partenaires	X	X	X	X	X
	53. Apporter un appui technique et financier aux initiatives communautaires visant à promouvoir les activités de santé	ECD	DRS/partenaires	X	X	X	X	X
	54. Former les membres des COGES pour la gestion des activités des formations sanitaires	ECD	DRS/partenaires	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 1.4. : Renforcer la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre de soins

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Développement des secteurs sanitaires privé et traditionnel	55. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale pour le développement du secteur sanitaire privé	DGHSP	DGPML	X	X	X	X	X
	56. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles	DGPML	DGHSP		X	X	X	X
	57. Elaborer et diffuser normes minimales en implantation, en infrastructures, en équipement et en personnel relatives au secteur sanitaire privé	DGHSP	DGPML	X	X			
	58. Suivre l'application des normes minimales en implantation, en infrastructures, en équipement et en personnel relatives au secteur sanitaire privé	DGHSP	DGPML			X	X	X
	59. Elaborer les mécanismes et les outils de suivi/évaluation des activités des secteurs sanitaires privé et traditionnel	DGHSP	DGPML	X	X			
Renforcement de l'implication du secteur sanitaire privé dans le développement sanitaire	60. Mettre en place les cadres de collaboration et de partenariat fonctionnels	DGHSP	DGPML/DEP	X				
	61. Suivre et évaluer le fonctionnement des cadres de collaboration	DEP	DGHSP/DGPML	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 1.4. : Renforcer la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre de soins (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement de la collaboration avec les associations de tradipraticiens	62. Mettre en place un cadre de collaboration entre secteur sanitaire public et secteur sanitaire traditionnel	DGPML	DRS/structures		X	X		
	63. Apporter un appui technique et financier à l'organisation des associations de tradipraticiens	DGPML	DRS/DS/Asso	X	X	X	X	X
	64. Former les tradipraticiens à l'amélioration de la qualité de leurs prestations	DRS /DS/Asso	DGPML	X	X	X	X	X
	65. Apporter un appui à la validation scientifique des remèdes traditionnels	DGPML	DRS/DS/Asso	X	X	X	X	X

Objectif intermédiaire 2 : Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé

Objectif spécifique 2.1. : Développer une stratégie nationale d'assurance qualité des services

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Application des normes et standards de soins de qualité par niveau	66. Réviser et diffuser les normes et standards existants	DGS	IGSS/CADSS DEP/DGPML DGHSP/DGIEM/ autres structures concernées	X	X	X	X	X
	67. Appliquer les normes et standards existants	DGS	DGHSP/DGIEM/ DGPML/DRS/ Hôpitaux/DS	X	X	X	X	X
	68. Réviser/compléter les Guides de Diagnostic et de Traitement (GDT), les protocoles hospitaliers et autres outils de soins préventifs et de prise en charge des cas de maladie	DGS	DGHSP/DGIEM/ IGSS/DGPML/ DEP/CADSS/Autres structures concernées	X	X			
	69. Suivre et évaluer l'application des normes et standards existants et l'utilisation des autres outils de soins préventifs et de PEC	DGS	DGHSP/DGIEM/ IGSS/DGPML/DEP/ CADSS/Autres structures concernées	X	X	X	X	X
	70. Mettre en place à tous les niveaux du système, des structures spécifiques de soutien de l'assurance qualité	DGHSP	Toutes directions centrales/DRS/ Hôpitaux	X	X	X		
	71. Elaborer une politique nationale d'évaluation et d'accréditation des structures privées et publiques de santé	DGS	DGHSP/IGSS/Ordres profess		X	X		

Objectif spécifique 2.1. : Développer une stratégie nationale d'assurance qualité des services (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Développement d'un réseau national de laboratoires fonctionnels	72. Elaborer et diffuser les textes créant le réseau de laboratoires	DGPML	DGHSP/IGSS/DEP/LNSP		X			
	73. Mettre en place un réseau fonctionnel	DGPML	DGHSP/IGSS/DEP/LNSP/DRS/Ordres professionnels		X			
	74. Former les acteurs du réseau	DGPML	UFR/SDS CADSS/DGHSP/IGSS/DEP/LNSP/DRS		X	X	X	X
	75. Suivre et évaluer les actions du réseau sur le terrain	DGPML	DGHSP/IGSS/DEP/LNSP/DRS	X	X	X	X	X
	76. Exécuter le plan directeur adopté en matière de laboratoire	DGPML	DRS/Hôpitaux	X	X	X	X	X
	77. Mettre en œuvre le plan directeur adopté en matière de laboratoire	DGPML	DRS/Hôpitaux	X	X	X	X	X
Développement d'un réseau national de transfusion sanguine	78. Appliquer les directives nationales en matière de bonnes pratiques transfusionnelles	CNTS	DGHSP/DGS/DGPML/DRS	X	X	X	X	X
	79. Sécuriser l'approvisionnement en produits sanguins et dérivés	CNTS	DGHSP/DRS/DS	X	X	X	X	X
Renforcement du système de référence et de contre référence	80. Poursuivre la mise en place des services d'urgence et de soins intensifs dans les hôpitaux	DGHSP	DS/Hôpitaux	X	X	X	X	X
	81. Diffuser les outils de référence et de contre référence à tous les niveaux de soins	CADSS	DGHSP/DRS	X	X			
	82. Mettre en œuvre le système de référence et de contre référence pour une meilleure continuité des soins	DRS/DS/Hôpitaux	DGHSP	X	X	X	X	X
	83. Suivre et évaluer la pratique de la référence et la contre référence à tous les niveaux de soins	CADSS	DRS/DGHSP	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 2.1. : Développer une stratégie nationale d'assurance qualité des services (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Supervision des prestataires	84. Réviser et valider le canevas de supervision des prestataires	CADSS	DRS		X			
	85. Elaborer et valider le canevas de supervision des prestataires de la médecine traditionnelle	CADSS	DGPML/DRS		X			
	86. Former en technique de supervision les responsables des structures de santé du district et des services hospitaliers	DS/Hôpitaux	CADSS /DGHSP	X	X	X	X	X
	87. Assurer la supervision formative à tous les niveaux de soins y compris ceux de la médecine traditionnelle	DRS	DS/Hôpitaux	X	X	X	X	X
	88. Suivre et évaluer la pratique de la supervision à tous les niveaux	CADSS	DRS/DGHSP	X	X	X	X	X
	89. Assurer l'encadrement du personnel paramédical dans les hôpitaux	Hôpitaux	DGHSP	X	X	X	X	X
	90. Doter les structures en moyen logistique pour assurer la supervision	DAF	DGIEM/DRS/Hôpitaux	X	X	X	X	X
Régulation des pratiques professionnelles	91. Appuyer la mise en place des ordres professionnels (des infirmiers, des sages femmes) etc.	IGSS	autres structures	X	X	X		
	92. Impliquer les ordres professionnels dans la régulation des pratiques professionnelles	IGSS	autres structures	X	X	X	X	X
	93. Renforcer les capacités institutionnelles et opérationnelles de l'IGSS	IGSS	DAF	X	X	X	X	X
	94. Adopter et diffuser les documents portant droits et devoir des utilisateurs des services de santé	DGHSP	Directions centrales	X	X			

Objectif spécifique 2.2. : Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur pharmaceutique	95. Elaborer et diffuser les textes réglementaires manquants pour combler les vides juridiques	DGPML	IGSS/DGHSP/ Organisations professionnelles de la santé	X	X	X	X	X
	96. Réviser et diffuser les textes réglementaires existants	DGPML	IGSS/DGHSP/ Organisations professionnelles de la santé	X	X	X	X	X
	97. Faire l'analyse situationnelle du secteur pharmaceutique	DGPML	DGHSP/DRS		X			
	98. Réviser la politique pharmaceutique nationale	DGPML	DGHSP/DGS/DRS	X	X	X	X	X
	99. Elaborer le plan directeur et les indicateurs de la politique pharmaceutique nationale (PPN)	DGPML	DGHSP/DRS		X			
	100. Mettre en œuvre la PPN	DGPML	DGHSP/DRS			X	X	X
	101. Suivre et évaluer la mise en œuvre de la PPN	DGPML	DGHSP/DRS			X	X	X
	102. Appliquer les textes réglementaires du secteur pharmaceutique	DGPML	IGSS/DRS/Ministère de la Justice/ Ministère Sécurité	X	X	X	X	X
	103. Suivre et évaluer l'application des textes	DGPML	SG/IGSS	X	X	X	X	X
	104. Evaluer l'application des textes juridiques	DGPML	IGSS/DRS	X	X	X	X	X
105. Former les responsables aux différents niveaux du système de santé en législation et réglementation pharmaceutiques	DGPML	IGSS	X	X	X	X	X	

Objectif spécifique 2.2. : Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels de qualité	106. Elaborer des modules de formation sur la gestion des médicaments	DGPML	DGHSP/DGS/CADSS DRS		X			
	107. Mettre en œuvre la pharmacie hospitalière	DGPML	DGHSP/Hôpitaux		X	X	X	X
	108. Informatiser les DRD et les pharmacies hospitalières (dotation en dispositif informatique et en logiciel de gestion)	DGPML	DGHSP/DAF		X	X	X	X
	109. Assurer la formation des responsables des DRD, des pharmacies hospitalières et des gérants des DMEG sur la gestion des médicaments	DGPML	DGHSP/DRS			X	X	X
	110. Former/recycler les membres des COGES aux procédures de gestion des dépôts MEG	DRS/ECD	DGPML	X	X	X	X	X
	111. Réviser tous les deux ans la liste nationale des médicaments essentiels	DGPML	DGHSP/DGS/CADSS/DRS	X		X		X
	112. Mener une étude sur l'investissement dans la production pharmaceutique locale	DGPML	DEP		X	X	X	X
	113. Suivre et évaluer la gestion des médicaments à tous les niveaux du système de santé	DGPML	DGHSP/DRS	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 2.2. : Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Promotion de l'usage rationnel des médicaments	114. Mener une étude sur l'utilisation des médicaments	DGPML	DEP		X			
	115. Mener une étude sur les médicaments de rue	DGPML	DEP/CNLD		X	X		
	116. Réviser le module de formation sur l'usage rationnel du médicament	DGPML	CADSS/DRS		X	X		
	117. Assurer la formation sur l'usage rationnel du médicament (prescription, dispensation, gestion)	DGPML	DGHSP/CADSS/DRS		X	X	X	X
	118. Réviser la stratégie nationale de lutte contre la drogue à travers la vente illicite des médicaments	DGPML	CNLD/Ordres professionnels/PSF		X			
	119. Sensibiliser la population sur les dangers de l'automédication et des conséquences de l'utilisation des « médicaments de rue »	DGPML	DGHSP/DGS/Organes de Presses/DCPM	X	X	X	X	X
	120. Sensibiliser les professionnels de la pharmacie à l'éthique et à la déontologie	DGPML	IGSS	X	X	X	X	X
	121. Contrôler l'application des textes réglementaires relatifs à la vente illicite des médicaments	IGSS	DGPML/CNLD/Ministère Justice	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 2.2. : Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement du système d'assurance qualité des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés	122. Poursuivre le contrôle de qualité des médicaments en pré et post marketing	DGPML	LNSP	X	X	X	X	X
	123. Contrôler périodiquement la qualité des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle	DGPML	LNSP/UFR/SDS	X	X	X	X	X
	124. Former les membres de la commission technique d'enregistrement des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle	DGPML	URF/SDS		X	X		
	125. Former les pharmaciens du secteur public aux procédures d'enregistrement du médicament	DGPML	UFR/SDS/IGSS		X	X		
	126. Mettre en place un système de pharmacovigilance opérationnel y compris les médicaments traditionnels améliorés	DGPML	DGS/OMS		X	X	X	X

Objectif spécifique 2.3. : Renforcer les activités de soutien et de promotion de la santé

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS)	127. Renforcer les structures chargées de la gestion du SNIS en compétences techniques, en supports et en matériels de gestion adaptés	DEP	DAF/DRH	X	X	X	X	X
	128. Former les responsables des services de soins à la collecte, l'analyse et l'utilisation systématique des données collectées localement	DEP	DRH/CADSS/DGHSP/DRS	X	X	X	X	X
	129. Mettre en place un système d'information hospitalier performant	DGHSP	DEP/Hôpitaux		X	X		
Développement des services de documentation sanitaire, des archives et des nouvelles technologies de la communication et de l'information au sein du ministère de la santé	130. réactualiser et mettre en œuvre les recommandations de l'étude de 2000 sur la documentation	DEP	Autres directions centrales		X			
	131. Mettre en place des services de documentation et d'archivage opérationnels à tous les niveaux	DEP	DAF/DRH/DGIEM/DGHSP			X	X	X
	132. Suivre et évaluer la mise en œuvre de la stratégie de documentation	DEP	Autres directions centrales			X	X	X
	133. Mettre en œuvre le schéma directeur informatique	DGIEM	Autres directions centrales		X	X		
	134. Suivre et évaluer la mise en œuvre du schéma informatique	DGIEM	Autres directions centrales		X	X	X	X

Objectif spécifique 2.3. : Renforcer les activités de soutien et de promotion de la santé (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Développement de l'IEC/Santé	135. Diffuser la politique nationale d'IEC santé	DHPES	Autres directions centrales, DRS, DS		X			
	136. Développer les supports de communication en appui aux différents niveaux du système de santé	DHPES	Autres directions centrales, DRS, DS		X	X	X	X
	137. Renforcer la collaboration entre les principaux acteurs de la communication d'une part et d'autre part avec les autres démembrés du ministère de la santé	SG	Toutes directions centrales/Ministère de l'Information	X	X			
	138. Assurer le suivi et l'évaluation des actions d'IEC santé	DHPES	Autres directions centrales/DRS/DS	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 2.3. : Renforcer les activités de soutien et de promotion de la santé (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Développement de la recherche en santé	139. Adopter et diffuser les textes relatifs aux activités de recherche au sein du ministère de la santé	DEP	DEP/Comité d'Éthique		X	X		
	140. Elaborer et diffuser le code d'éthique en recherche en santé	SG	Toutes directions centrales		X			
	141. Mettre en œuvre le code d'éthique en recherche en santé	DEP	Toutes directions centrales/Comité d'éthique		X	X	X	X
	142. Diffuser les résultats de la recherche en santé	DEP	Toutes directions centrales	X	X	X	X	X
	143. Faire un plaidoyer à l'endroit des décideurs et des partenaires financiers pour l'utilisation des résultats de la recherche en santé	SG	Toutes directions centrales		X	X	X	X
	144. Evaluer l'exploitation des résultats de la recherche en santé	DEP	Toutes directions centrales		X	X	X	X
	145. Créer un fond d'appui à la recherche	DEP	DAF	X	X	X		
	146. Former le personnel de santé en méthodologie de la recherche	DEP	Toutes directions centrales/DRS	X	X	X	X	X
	147. Dynamiser les cadres de concertation dans le domaine de la recherche en santé	DEP	Centres de recherche UFR/SDS/ENSP	X	X	X	X	X
	148. Suivre et évaluer les activités de recherche en santé	DEP	Toutes directions centrales/Centres de recherche/UFR/SDS/ENSP/DRS/DS	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 2.3. : Renforcer les activités de soutien et de promotion de la santé (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Promotion de l'hygiène et de l'assainissement	149. Traduire et diffuser le code de l'hygiène publique dans les trois principales langues (moré, dioula, fulfuldé)	DHPES	INA		X			
	150. Mettre en œuvre le code de l'hygiène publique en matière de santé	SG	DHPES	X	X	X	X	X
	151. Suivre et évaluer la mise en œuvre du code de l'hygiène publique en matière de santé	SG	DHPES/DEP	X	X			
	152. Mettre en place un mécanisme de coordination (intra et intersectoriel) en matière d'hygiène et d'assainissement	SG	DHPES	X	X			
	153. Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication en appui à la mise en œuvre du code de l'hygiène publique en matière de santé	DHPES	DCPM/Autres ministères concernés	X	X	X	X	X
	154. Mettre en œuvre la stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux	SG	DHPES/DGHSP/DRS			X	X	X
	155. Suivre et évaluer la stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux	SG	DHPES/DGHSP/DRS			X	X	X
	156. Diffuser le code d'hygiène publique							
	157. Elaborer la politique nationale d'hygiène hospitalière					X		

Objectif intermédiaire 3 : Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles

Objectif spécifique 3.1. : Promouvoir la santé des groupes spécifiques

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Promotion des prestations de santé à l'endroit des groupes spécifiques	158. Assurer le passage à l'échelle de la PCIME	DSF	CMLS/S DLM/DN/DRS/DS	X	X	X	X	X
	159. Assurer le passage à l'échelle des soins obstétricaux et néonataux de base et d'urgence	DSF	CMLS/S/DLM/ DRS/DS	X	X	X	X	X
	160. Assurer la mise en œuvre du programme de fistules obstétricales	CHU /CHR/CMA	DSF	X	X	X	X	X
	161. Promouvoir la planification familiale	DSF	CMLS/S/DLM/ DRS/DS	X	X	X	X	X
	162. Renforcer les capacités des individus, des familles et communautés pour la réduction de la MMN et infantjuvenile	DSF	CMLS/S/DLM/ DRS/DS	X	X	X	X	X
	163. Mettre en œuvre le PMA nutrition	DN	DSF/DRS/DS/PTF	X	X	X	X	X
	164. Renforcer l'immunisation des groupes spécifiques	DPV	CMLS/S, DLM/DRS/	X	X	X	X	X
	165. Améliorer la performance de la surveillance des maladies cibles du PEV	DPV	DLM/DRS/ DS	X	X	X	X	X
	166. Finaliser le programme santé des personnes âgées	DSF	CMLS/S/DLM/ DRS/DS	X	X			
	167. Mettre en œuvre le programme santé des personnes âgées	DSF	CMLS/S/DLM/ DRS/DS		X	X	X	X
168. Mettre en œuvre le plan stratégique santé des jeunes	DSF	CMLS/S/DLM/ DRS/DS	X	X	X	X	X	
169. Suivre et évaluer les activités du plan stratégique santé des jeunes	DSF	CMLS/S/DLM/ DRS/DS	X	X	X	X	X	

Objectif spécifique 3.1. : Promouvoir la santé des groupes spécifiques (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Organisation de la santé scolaire et universitaire	170. Elaborer et mettre en œuvre un programme de santé scolaire et universitaire	DSF	CMLS/S/DLM/DRS/DS	X	X			
	171. Evaluer le programme santé scolaire et universitaire	DEP	DSF				X	
Réduction des risques liés à l'environnement du travail	172. Finaliser et mettre en œuvre le programme de santé et sécurité du travail	OST	CMLS/S/DLM/DRS/DS	X	X			
	173. Suivre et évaluer le programme santé et sécurité au travail	OST	CMLS/S/DLM/DRS/DS		X	X	X	X

Objectif spécifique 3.2. : Réduire l'incidence et la prévalence des maladies d'intérêt en santé publique

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Amélioration de la conception des programmes de santé pour les maladies d'intérêt en santé publique	174. Evaluer les programmes existants	DLM	DC/DRS/DS	X	X	X	X	X
	175. Elaborer de nouveaux programmes intégrés de santé	DLM	DC/DRS/DS	X	X			
	176. Former les responsables des différents niveaux du système de santé au processus de planification	DLM	DC/DRS/DS	X	X	X	X	X
	177. Associer les principaux acteurs à la conception des programmes de santé	DLM	DC/DRS/DS	X	X	X	X	X
Amélioration de la gestion des programmes de santé pour les maladies d'intérêt en santé publique	178. Mettre en œuvre le plan de lutte intégrée contre les vecteurs	DLM	DC/DRS/DS	X	X	X	X	X
	179. Finaliser les programmes existant sous forme de draft	DLM	DC/DRS/DS	X	X	X	X	X
	180. Mettre en œuvre ces programmes	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	181. Impliquer davantage les communautés dans l'organisation, la gestion et la mise en œuvre des programmes de santé	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	182. Intégrer les programmes verticaux dans le PMA des formations sanitaires	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	183. Réaliser des recherches opérationnelles pour l'amélioration de la gestion des programmes de santé	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X

**Objectif spécifique 3.2. : Réduire l'incidence et la prévalence des maladies d'intérêt en santé publique
(suite)**

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Amélioration de la couverture vaccinale des enfants de 0-11mois et des femmes en âge de procréer	184. Mener des campagnes de vaccination préventive et réactive	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
Renforcement de la surveillance épidémiologique	185. Organiser le suivi/évaluation	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	186. Assurer la détection précoce des cas de maladies à potentiel épidémique	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	187. Assurer la prise en charge des cas	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	188. Assurer la coordination et le suivi des activités de préparation/riposte aux épidémies	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
Renforcement de la lutte contre le paludisme	189. Assurer le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte	DLM	DAF/DEP/DRS/DS/PTF	X	X	X	X	X
	190. Promouvoir l'utilisation des MTI	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	191. Promouvoir l'utilisation des MTI	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 3.2. : Réduire l'incidence et la prévalence des maladies d'intérêt en santé publique (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Amélioration de la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques	192. Améliorer la détection des cas de tuberculose	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	193. Améliorer la prise en charge des cas de tuberculose	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	194. Organiser le suivi/évaluation	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	195. Contribuer à la recherche	DLM	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	196. Mobiliser les ressources nécessaires au maintien d'une prévalence de la lèpre en dessous de 1cas pour 10000	DLM	Programme lèpre/ asso Raoul Follereau/Partenaires		X	X	X	X
	197. Adapter et mettre en œuvre la stratégie Mondiale et Régionale en matière de lutte contre la lèpre	DLM	OMS/ Programme lèpre/DC		X	X	X	X
	198. Renforcer les compétences du personnel en matière de diagnostic et prise en charge des cas de lèpre	DLM	OMS/Programme Lèpre/DRS/DS/CHU/CHR		X	X	X	X

Objectif intermédiaire 4 : Réduire la transmission du VIH

Objectif spécifique 4.1. : Renforcer les mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Développement de l'IEC en IST/VIH/SIDA	199. Diffuser les messages d'IEC en IST/VIH/SIDA	DHPES	CNLS/CMLS	X	X	X	X	X
	200. Informer périodiquement les populations sur l'évolution des infections sexuellement transmissibles et du VIH et sur celle du Sida	CMLS	DCPM/ONG/Asso	X	X	X	X	X
	201. Former les responsables des services de soins en counseling IST/VIH/SIDA	CMLS	CMLS/DGS/DGHSP	X		X		X
	202. Suivre et évaluer les activités d'IEC en IST/VIH/SIDA	CMLS	DEP/DHPES/DRS	X	X	X	X	X
Prévention de la transmission par voie sexuelle des IST/VIH	203. Former/recycler les prestataires à la prise en charge syndromique	CMLS	CMLS/DGS/DGHSP	X		X		X
	204. Assurer la prise en charge syndromique des cas d'IST à des coûts abordables	CMLS	DGS/DGHSP	X	X	X	X	X
	205. Rendre disponible des préservatifs de qualité à des prix sociaux	DGPML	DSF/ CMLS	X	X	X	X	X
	206. Intégrer les activités de prévention des IST/VIH/SIDA aux projets et programmes de développement	SG	DGS/DEP	X	X	X	X	X
	207. Suivre et évaluer les activités de prévention de la transmission par voie sexuelle	CMLS	DEP/DRS/ECD	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 4.1. : Renforcer les mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Prévention de la transmission par voie sanguine du VIH	208. Appliquer les directives nationales de prévention des infections par voie sanguine dans tous les établissements de santé	CHU/CHR/CMA	DRS/CNTS/DS	X	X	X	X	X
	209. Renforcer les mesures de sécurité du personnel de santé à tous les niveaux	DAF	CHU/CHR /DRS	X	X	X	X	X
	210. Suivre et évaluer les activités de la prévention de la transmission par voie sanguine	DGHSP	DGHSP/DRS/ECD	X	X	X	X	X
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	211. Assurer le passage à l'échelle de la PTME	DSF	CMLS/santé PTF/structures de soins	X	X	X	X	X
	212. Renforcer la concertation nationale et internationale en matière d'allaitement	SG	DEP/CNLS/DSF	X	X	X	X	X
	213. Suivre et évaluer les activités de prévention	DSF	CNLS/CMLS	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 4.2. : Améliorer la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement du conseil dépistage du VIH/SIDA	214. Suivre la mise en œuvre du conseil dépistage en milieu de soins	CMLS/santé	DGS/ —	X	X	X	X	X
	215. Assurer un approvisionnement régulier pour les réactifs de dépistage et de suivi biologique des PvVIH	DGPML	DGS/CNLS	X	X	X	X	X
Mise en place de mécanisme et de structures de prise en charge	216. Mettre en œuvre un protocole national de prise en charge des cas de VIH/SIDA y compris les cas pédiatriques	Les structures de soins	DGHSP/DGS/CNLS	X	X	X	X	X
	217. Rendre disponibles les médicaments de qualité à des prix sociaux (antirétroviraux et médicaments pour les infections opportunistes)	DGPML	CAMEG/DGPML/CNLS	X	X	X	X	X
	218. Approvisionner régulièrement le fonds mis en place pour le soutien des personnes vivants avec le VIH/SIDA et les orphelins du SIDA	SG	DAF	X	X	X	X	X
	219. Equiper les laboratoires des hôpitaux et des CMA pour le suivi des personnes vivants avec le VIH	DAF	CNLS	X	X	X	X	X
	220. Sensibiliser davantage les communautés dans la prise en charge des personnes vivants avec le VIH	CMLS/Santé	DCPM/ONG/Asso CMLS autres départements/DRS/ECD	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 4.2. : Améliorer la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Mise en place de mécanisme et de structures de prise en charge (suite)	221. Proposer des mesures juridiques	CMLS/S	Cellule juridique du ministère de la santé		X			
	222. Poursuivre l'identification et l'encadrement des tradipraticiens de santé intervenant dans la prise en charge des personnes vivants avec le VIH SIDA	DGPML	CNLS/DRS/ECD		X	X	X	X
	223. Poursuivre les essais thérapeutiques avec les produits de la pharmacopée traditionnelle	DGPML	Association des Tradipraticiens	X	X	X	X	X
	224. Former les prestataires à la prescription des antiretroviraux	DRS	CHU/ CMLS/santé CHR/DS	X	X	X	X	X
	225. Rendre fonctionnels les hôpitaux de jour à Bobo(1) et Ouaga(2)	DGHSP	CMLS/santé	X	X	X	X	X
Amélioration de la prise en charge médicale et psychosociale des IST et des PvVIH	226. Renforcer l'accès aux soins et la prise en charge médicale et communautaire des PvVIH	CMLS/Santé	SP/CNLS-IST PTF/ONG/Associations/CMLS/Santé	X	X	X	X	X
	227. Renforcer la protection et le soutien aux personnes infectées, affectées et aux groupes spécifiques	CMLS/Santé	SP/CNLS-IST PTF/ONG/Asso/CMLS/MASN	X	X	X	X	X
	228. Approvisionner régulièrement le fonds mis en place pour le soutien des personnes vivants avec le VIH/SIDA et les orphelins du SIDA	SG	DAF	X	X	X	X	X
Renforcement de la coordination et	229. Renforcer le partenariat, la coordination et la mobilisation des ressources	CMLS/Santé	SP/CNLS-IST PTF/ONG/Asso	X	X	X	X	X

du suivi / évaluation	230. Renforcer la surveillance de l'épidémie, le suivi et l'évaluation	CMLS/santé	DEP/Santé DLM/DRS/DS/SP CMLS/CNLS-IST /PTF/ONG/Asso	X	X	X	X	X
	231. Former les agents de la santé à la surveillance de 2 ^{ème} génération	CMLS/S	DLM/DRS	X		X		X
	232. Renforcer la notification des cas de SIDA	CMLS/S	DEP/DRS/DS/CHU/CHR	X		X		X

Objectif intermédiaire 5 : Développer les ressources humaines en santé

Objectif spécifique 5.1. : Définir les orientations nationales pour le développement des ressources humaines en santé

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	Collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Elaboration d'une politique de développement des Ressources Humaines en Santé (RHS)	233. Finaliser et valider le document de politique des RHS	DRH	OMS/ DC		X			
	234. Faire un plaidoyer pour l'adoption de la politique des RHS	DRH	DC/PTF		X	X		
Elaboration d'un plan de développement des RHS	235. Mettre à jour les données du plan de développement des RHS	DRH	Structures de santé		X			
	236. Elaborer le « plan de recrutement des RHS»	DRH	DC/ DRS/ EPS/ MFB/ MFPRE		X			
	237. Elaborer le «plan de formation des personnels de santé»	DRH	DC/ DRS/ EPS/ MFB/ MFPRE		X			
	238. Unifier les différents modules composants le plan de développement des ressources humaines en santé, en un seul document «plan de développement des ressources humaines en santé»	DRH	DHPES/PTF		X			
	239. Valider et diffuser le plan de développement des RHS	DRH	DC/ DRS/ EPS		X			

Objectif spécifique 5.2. : Satisfaire les besoins du système de santé en ressources humaines

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	Collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Amélioration de la répartition du personnel	240. Mettre en œuvre le plan de renforcement de la DRH ;	DRH	DAF/PTF	X	X	X	X	X
	241. Procéder au redéploiement du personnel selon les besoins identifiés	DRH	DEP/DGHSP Formations sanitaires			X		X
	242. Recruter les personnels nécessaires afin de pourvoir les postes prioritaires (en conformité avec le plan de couverture sanitaire);	DRH	MFPRE	X	X	X	X	X
	243. Mettre à jour périodiquement la situation du personnel	DRH	Toutes structures	X	X	X	X	X
Formation des personnels de santé	244. Renforcer les capacités des structures de formation	DRH	DAF/Structures de formation		X	X	X	
	245. Renforcer les compétences des personnels de santé en activité	DRH	DAF/ Formations sanitaires		X	X	X	X
	246. Mettre en œuvre le plan de spécialisation des agents en cours d'emploi	DRH	DAF/PTF		X	X	X	X
	247. Suivre et évaluer les formations en cours d'emploi	DRH	Structures	X	X	X	X	X
	248. Réviser les curricula de formation à l'ENSP et à l'UFR / SDS	SG	ENSP/UFR-SDS/PTF		X	X		
Optimisation de la gestion des ressources humaines en santé (suite)	249. Elaborer les référentiels de normes en RH pour toutes les formations sanitaires qui n'en possèdent pas	DRH	DEP/DGHSP Formations sanitaires	X	X	X		
	250. Renforcer les compétences gestionnaires de la DRH	DRH	DAF/PTF/Structures de santé	X	X			
	251. Mettre en place les procédures et outils de gestion des RH à tous les niveaux du système de santé	DRH	DRS, formations sanitaires	X	X	X	X	X
	252. Poursuivre la mise en œuvre du plan de motivation du personnel	DRH	DAF/PTF/Structures de santé	X	X	X	X	X

Objectif intermédiaire 6 : Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé

Objectif spécifique 6.1. : Améliorer l'efficiences des services de santé

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Rationalisation des soins	253. Poursuivre la mise en application des GDT sur l'ensemble du territoire	DGS	DRS/DS/ DGHSP	X	X	X	X	X
	254. Impliquer les ordres dans la définition de protocoles de prise en charge acceptés par tous les prestataires	DGS	IGSS/DGHSP	X	X	X	X	X
	255. Intégrer le module de formation « rationalisation de la prescription rationnelle des médicaments » dans les écoles de santé	DRH	UFR/SDS/ ENSP/CADSS		X	X		
	256. Faire une révision périodique des GDT	CADSS	DGS/DRS/DS		X		X	
Rationalisation de la gestion des ressources financières mobilisées	257. Elaborer un manuel de procédures commun à l'ensemble des partenaires	DAF	DEP/PTF		X			
	258. Promouvoir l'utilisation du manuel de procédures commun à l'ensemble des partenaires	DAF	DEP/DRS/ DGHSP	X	X	X	X	X
	259. Promouvoir la planification budgétaire au niveau CSPS	DEP	CADSS/DS	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 6.1. : Améliorer l'efficiences des services de santé (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Rationalisation de la gestion des ressources financières mobilisées	260. Elaborer un canevas de budget niveau CSPS et mettre en place un mécanisme d'identification et de suivi quantitatif des ressources financières mobilisées et leur allocation	DAF	DEP		X			
	261. Mettre à jour périodiquement les comptes nationaux de la santé	DEP	DAF		X		X	
	262. Poursuivre la formation et le recyclage du personnel chargé de la gestion à la gestion financière	DRH	DAF/DEP		X		X	
	263. Poursuivre le suivi et l'évaluation de l'utilisation des documents de procédures de gestion	DAF	DEP/IGSS/ DRS/DS		X		X	
	264. Renforcer les contrôles internes	Contrôleur interne	IGSS/DRS/DS/ DGHSP	X	X	X	X	X
	265. Renforcer le contrôle externe	IGSS	DAF/DGHSP/ DRS/DS	X	X	X	X	X
Réduction des coûts des prestations sanitaires et des médicaments essentiels	266. Adopter périodiquement une structure de prix adapté sur les MEG	DGPML	DGS/DZP/DAF DRS/DS	X	X	X	X	X
	267. Renforcer le système d'enregistrement des médicaments basé sur l'appréciation du pris grossiste hors taxe	DGPML	CAMEG/MCPA	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 6.1. : Améliorer l'efficiences des service de santé (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Réduction des coûts des prestations sanitaires et des médicaments essentiels	268. Renforcer les contrôles sur l'application des prix des MEG au niveau des formations sanitaires	IGSS	DRS/DS	X	X	X	X	X
	269. Mettre en place un observatoire des prix des MEG et des prestations des services	DEP	DGPML/DGS		X			
	270. Améliorer la communication avec le consommateur sur les prix des MEG et des prestations de services	DGPML	DRS/DS/ CoGES	X	X	X	X	X
	271. Introduire une tarification différenciée en tenant compte du seuil de pauvreté des zones et des cibles spécifiques dans les formations sanitaires périphériques	DGS	DGPML/DRS/ DS/CoGes		X			

Objectif spécifique 6.2. : Promouvoir des mécanismes de partage des risques en matière de santé

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Promotion des modes communautaires de partage des risques de santé	272. Poursuivre la mise en place d'une banque de données sur les modes communautaires de partage des risques de santé	DGS	DEP/DSF/ MTSS		X			
	273. Poursuivre les activités de sensibilisation à l'endroit du personnel de santé, des CoGes et des populations sur les modes de partage des risques de santé	DGS	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
	274. Renforcer le soutien aux modes communautaires de partage des risques de santé déjà existants	DGS	DEP	X	X	X	X	X
	275. Renforcer la collaboration avec les associations et ONG oeuvrant dans la promotion des modes communautaires de partage des risques de santé	DGS	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
Promotion des modes communautaires de partage des risques de santé	276. Mettre en œuvre le plan d'appui aux mécanismes de partage des risques	DRS/DS	DEP	X	X	X	X	X
Prise en charge des indigents	277. Définir et mettre en œuvre les mécanismes de prise en charge des indigents	DGHSP	DGHSP/DRS/ ECD		X			
	278. Assurer la subvention des SONU et des accouchements	DSF	DAF	X	X	X	X	X
	279. Assurer la gratuite des soins préventifs			X	X	X	X	X

Objectif intermédiaire 7 : Accroître le financement en faveur du secteur de la santé

Objectif spécifique 7.1. : Mobiliser les ressources financières additionnelles en faveur du secteur de la santé

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Augmentation de la part du budget de la santé par rapport au budget national	280. Renforcer le plaidoyer avec le Gouvernement, Parlement et les Partenaires pour l'augmentation du budget de la santé	DAF	Directions générales et centrales du ministère de la santé	X	X	X	X	X
	281. Mettre annuellement à jour le CDMT sectoriel	DAF	DEP/DRS/DS	X	X	X	X	X
Renforcement du partenariat	282. Renforcer le partenariat du Ministère de la santé avec les partenaires au développement	CAB	SG/DAF/DEP	X	X	X	X	X
	283. Renforcer le jumelage inter hospitalier	DGHSP	DRS	X	X	X	X	X
	284. Renforcer le partenariat entre le secteur public et le secteur privé	DGHSP	DGS/DEP/DGPML	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 7.2. : Améliorer le recouvrement des coûts

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Révision de la tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les hôpitaux publics	285. Accélérer la validation de l'étude réalisée sur la tarification des actes et des hospitalisations	DGHSP	DEP/DGPML/DGS		X			
	286. Réviser la tarification des actes et des hospitalisations	DGHSP	DEP/DGPML/DGS		X	X	X	X
Réorganisation du circuit de paiement des frais médicaux	287. Finaliser la définition du circuit de paiement des frais médicaux	DGHSP	CADSS	X				
	288. Suivre les activités des services de recouvrement des recettes	DGHSP	CADSS	X				
	289. Former des secrétaires médicaux	DRH	DGHSP		X	X	X	X
	290. Créer ou renforcer les secrétariats médicaux dans les hôpitaux	DRH	DGHSP		X			
	291. Renforcer les contrôles internes et externes dans les structures de santé	IGSS	DGHSP		X	X	X	X

Objectif intermédiaire 8 : Renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé

Objectif spécifique 8.1. : Améliorer le cadre organisationnel du ministère de la santé

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Poursuite de la réorganisation du ministère de la santé	292. Evaluer le fonctionnement actuel du ministère de la santé	DEP	DRH					
	293. Poursuivre la réflexion sur les modalités de mise en place des DPS	DGS	DEP/IGSS/ DRH/CADSS	X	X	X		
	294. Réaliser la description des profils des postes aux différents niveaux	DRH	DEP/CADSS	X	X			
	295. Mettre en œuvre la description des profils des postes de responsabilité	DRH	DEP/CADSS	X	X	X	X	X
	296. Réorienter le nouvel organigramme du ministère de la santé en tenant compte du processus de décentralisation	SG	DEP/IGSS/ DGS/DRH	X	X			
Amélioration de la coordination administrative au sein du ministère de la santé	297. Elaborer et mettre en œuvre le manuel de procédures administratives dans les directions centrales	DAF	DRH/DEP/ CADSS		X	X	X	X
	298. Contrôler l'utilisation du manuel de procédures administratives	IGSS	DEP/CADSS		X	X	X	X
	299. Réviser périodiquement le manuel de procédures administratives	DAF	DRH/DEP/ CADSS		X		X	
	300. Mettre en place un mécanisme de suivi et de contrôle de la mise en œuvre des recommandations issues des cadres de concertation	DEP	DRH/IGSS/ DGS/DGHSP/CADSS		X	X		

Objectif spécifique 8.2. : Renforcer le cadre juridique du ministère de la santé

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Mise en place d'un cadre juridique adéquat	301. Poursuivre le recueil de textes juridiques	SG	IGSS/DRH/ DEP	X	X			
	302. Créer le service juridique	SG	IGSS/DRH/ DEP		X			
Renforcement des capacités de contrôle du ministère de la santé	303. Poursuivre le renforcement de l'IGSS en ressources humaines et en équipement adéquat	DRH	DAF/DEP	X	X	X	X	X
	304. Renforcer les capacités des inspecteurs de l'IGSS en matière de contrôle	DAF	DRH	X	X			
	305. Poursuivre l'élaboration des normes de gestion non encore disponibles	CADSS	DEP	X	X	X	X	X
	306. Réviser périodiquement les nouvelles normes de gestion élaborées	CADSS	DEP		X			
	307. Former/recycler les responsables des DRS et des DS au contrôle de l'application des textes et des normes	DRH	DAF/IGSS/DEP CADSS	X	X	X	X	X
	308. Faciliter la mise en place des nouveaux ordres professionnels	SG	IGSS/DGS	X	X			
	309. Impliquer tous les ordres dans la régulation des pratiques professionnelles	IGSS	DGHSP/DEP/ DGS	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 8.3. : Accroître les capacités d'administration, de gestion et d'appui technique du Ministère de la Santé

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Mise en place d'un mécanisme d'appui technique pour le ministère de la santé	310. Définir les besoins du ministère de la santé en assistance technique	DRH	DEP/DAF/DGS CADSS	X	X			
	311. Rationaliser la tenue des réunions et autres cadres de concertation	DGS	DEP/CADSS	X	X	X	X	X
	312. Capitaliser les expériences de renforcement institutionnel en cours dans les directions centrales	DRH	DEP/DAF/DGHSP	X	X			
	313. Appuyer le renforcement institutionnel des directions centrales et régionales de la santé	DRH	DEP/DAF/DGHSP	X	X	X	X	X
	314. Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités d'expertise nationale;	DRH	DEP/DAF/DGHSP		X	X	X	X
	315. Renforcer la compétence du personnel en développement institutionnel et renforcement organisationnel (DIRO)	DRH	DEP/DAF/DGHSP	X	X	X	X	X
	316. Mettre en place dans les districts sanitaires périphériques et dans les hôpitaux, un logiciel fiable de gestion financière	DAF	DEP/DGHSP		X	X		
	317. Poursuivre la formation des responsables en management, rédaction administrative, planification et gestion	DRH	DAF/DEP/ CADSS	X	X	X	X	X

Objectif spécifique 8.3. : Accroître les capacités d'administration, de gestion et d'appui technique du Ministère de la Santé (suite)

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Développement des compétences aux différents niveaux du système de santé	318. Coordonner les différentes formations à réaliser	DRH	DAF/DEP/CADSS	X	X	X	X	X
Rationalisation de l'utilisation des compétences disponibles	319. Elaborer et mettre en œuvre un plan de développement des ressources humaines	DRH	DEP/DGHSP/CADSS	X	X			
	320. Constituer un répertoire des compétences disponibles périodiquement mis à jour.	DRH	DEP/DAF/DGHSP		X		X	
Amélioration des capacités de communication du ministère de la santé	321. Mettre en œuvre le plan de communication sur le PNDS	DEP/ST-PNDS	DGHSP/DSF	X	X	X	X	X
	322. Finaliser l'élaboration du périodique d'informations du ministère de la santé	DCPM	DEP/DGS	X				
	323. Editer régulièrement le périodique d'informations du ministère de la santé	DCPM	DGHSP/DRS/ DS	X	X	X	X	X
Promotion de l'approche contractuelle	324. Adopter et mettre en oeuvre la stratégie nationale approche contractuelle	DRH	DEP/CADSS/DGHSP	X	X			
	325. Mettre à jour la banque de données des protocoles et des conventions des projets et programmes	DEP	DRH/DGS	X	X			
	326. Diffuser et mettre en œuvre les conventions des ONG et associations	DEP	PTF/ONGs/Associations/structures du MS	X	X	X	X	X
	327. Adopter la politique contractuelle	Cab	DEP		X			
	328. Elaborer un plan de stratégie de mise en œuvre de la politique contractuelle	DEP	PTF/ONGs/Associations/structures du MS		X		X	

Objectif spécifique 8.4. : Améliorer la coordination des interventions dans le secteur de la santé

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsable	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement des mécanismes de coordination des interventions des partenaires du développement sanitaire	329. Définir un mécanisme de panier commun pour le financement de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST	DAF	CMLS/DEP					
	330. Renforcer la coopération et la collaboration avec les ONG et associations dans le but de les adhérer à la mise en œuvre du PNDS	DEP	DAF/PTF	X	X	X	X	X
	331. Poursuivre l'implication des partenaires à toutes les étapes du processus de planification du PNDS	DEP	DAF/PTF	X	X	X	X	X
Promotion de l'approche sectorielle dans la mise en œuvre du PNDS	332. Poursuivre le plaidoyer auprès des partenaires pour la promotion de l'approche sectorielle	DEP	DRS/DS/DGHSP/PTF	X	X	X	X	X
	333. Poursuivre le renforcement des compétences en approche sectorielle à tous les niveaux	DEP	DRS/DS/PTF DGHSP	X	X	X	X	X
	334. Renforcer le plaidoyer pour l'adhésion des partenaires au panier commun	DEP	DEP/DRS/DS DGHSP/PTF	X	X	X	X	X

Objectif Spécifique 8.5. : Renforcer la collaboration intersectorielle

STRATEGIES	Activités prioritaires retenues	Responsables	collaborateurs	Période				
				2006	2007	2008	2009	2010
Renforcement des cadres de concertation et de collaboration	335. Poursuivre les travaux du Comité Interministériel pour la résolution des problèmes transversaux de santé	SG	DGS/DEP/DRH	X	X	X	X	X
	336. Renforcer les cadres formels de concertation et de collaboration	SG	DGS/DEP/DRH	X	X	X	X	X
	337. Renforcer les échanges d'informations entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères dans le domaine des activités sanitaires	SG	DGS/DEP/DRH	X	X	X	X	X
Promotion des mécanismes de planification intégrée	338. Renforcer l'implication des autres départements ministériels dans le processus de planification intégrée	SG	DGS/DEP/DRH	X	X	X	X	X
	339. Renforcer l'appui technique du Ministère de la Santé aux autres départements ministériels	SG	DGS/DEP/DRH/ DGPML	X	X	X	X	X

