

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO

UNITE – PROGRES - JUSTICE

0

***DOCUMENT DE POLITIQUE
SANITAIRE NATIONALE***

Septembre 2000

SOMMAIRE

I. Contexte général	1
1.1. Données géographiques	1
1.2. Données démographiques	1
1.3. Données socio-culturelles	1
1.4. Situation économique	2
1.5. Organisation politique et administrative	2
II. Situation sanitaire	3
2.1. Etat de santé de la population	3
2.2. Déterminants de la santé	4
2.3. Organisation et fonctionnement du système de santé	6
2.4. Réformes en faveur de la Santé	7
2.5. Ressources en santé	9
2.6. Activités de santé	12
2.7. Financement de la santé/Coopération	15
III. Problèmes prioritaires	17
IV. Orientation nationales en matière de Santé	19
4.1. Fondements, valeurs et principes	19
4.2. But	20
4.3. Objectifs	20
4.4. stratégies par objectif spécifique	21
V. Conditions de mise en œuvre	26
5.1. Analyse des contraintes	26
5.2. Conditions de succès	27
5.3. Mécanismes de suivi et d'évaluation	27

LISTE DES ABREVIATIONS

CHN	:	Centre Hospitalier National
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CM	:	Centre Médical
CMA	:	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNSS	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	:	Comité de Gestion
CSD	:	Conseil de Santé de District
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DEP	:	Direction des Etudes et de la Planification
DMP	:	Direction de la Médecine Préventive
ECD	:	Equipe Cadre de District
ENSP	:	Ecole Nationale de Santé Publique
FSS	:	Faculté des Sciences de la Santé
IEC	:	Information – Education – Communication
INSD	:	Institut National des Statistiques et de la Démographie
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MEG	:	Médicaments Essentiels Génériques
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
SIDA	:	Syndrome d'Immuno-Déficiência Acquisée
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SP/CNLS/IST	:	Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
SSP	:	Soins de Santé Primaires

PREAMBULE

L'Etat Burkinabé, conscient de l'importance de la santé dans le processus général de développement du pays, a fait du développement sanitaire un des domaines prioritaires de l'action gouvernementale.

Suite à la conférence internationale de Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires (SSP), le gouvernement burkinabé a adopté la stratégie des SSP comme stratégie de développement sanitaire. Cette option a sous-tendu le contenu des différents plans de développement sanitaires élaborés (programmation sanitaire nationale pour la période 1980-1990 réajustée en 1984, plans quinquennaux de développement sanitaire 1986-1990, 1991-1995).

A partir de 1991, la stratégie des SSP a été renforcée par l'approche de l'Initiative de Bamako. L'accent a été mis sur la décentralisation du système de santé basée sur le district sanitaire.

Cependant, la mise en œuvre de ces différents plans intervenue dans un contexte économique difficile marqué par la raréfaction des ressources n'a pas permis d'atteindre tous les objectifs d'amélioration de la santé .

Le gouvernement burkinabé a alors décidé de reformuler la politique nationale de santé en tenant compte des expériences acquises et du contexte des réformes économiques, administratives, politiques et sanitaires en cours dans le pays.

Le présent document de politique sanitaire est le résultat de larges concertations entre les principaux acteurs du développement sanitaire. Cette politique sanitaire constitue un ensemble d'orientations fondées sur des valeurs et des principes de base, visant à influencer les décisions et les actions à long terme pour l'amélioration de la santé des populations. A ce titre, elle vise à définir les objectifs prioritaires et les orientations stratégiques du gouvernement en matière de santé.

Le ministère de la santé sera le premier responsable de la mise en œuvre de la Politique Sanitaire Nationale sous l'autorité du Gouvernement. Mais compte tenu de la nature multisectorielle des problèmes de santé, le peuple burkinabé et tous les secteurs de développement sont interpellés pour la mise en œuvre de cette politique de santé et du plan national de développement sanitaire qui en découle et qui servira de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé.

Le Ministre de la Santé./-

ALAIN LUDOVIC TOU./-
Officier de l'Ordre National

I. Contexte général

1.1. Données géographiques

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé situé en Afrique de l'ouest. Il couvre une superficie de 274 200 km² et est limité par six pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat tropical de type soudanien, alterne une saison sèche d'octobre à avril et une saison pluvieuse de mai à septembre.

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.

1.2. Données démographiques

La population du Burkina Faso est de 10 312 609 habitants¹ ; elle croît à un rythme de 2,4 % l'an¹ ; en l'an 2010, elle atteindra environ 14 718 647 habitants.

Le taux brut de natalité est estimé à 46,1 pour mille¹ ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille¹ et l'espérance de vie à la naissance de 53,8 ans¹.

La population vit à près de 90% en milieu rural. Les femmes représentent près de 52 % de la population. Cette population est essentiellement jeune, la tranche d'âge de 0 à 14 ans représente 47,92 %.

La densité de la population est de 38 habitants au km²¹ ; sa répartition sur le territoire national est hétérogène, variant de 11 à 122 habitants au km².

1.3. Données socio-culturelles

Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base est de 40,90% pour l'année 1997-1998² ; il est de 33,4% chez les filles et 47,1% chez les garçons. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible, 26% en 1997², avec de fortes disparités d'une part entre hommes et femmes, et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales.

La population du Burkina est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les mossi représentent 48,5% de la population. Les principales langues parlées sont le mooré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français.

Les religions sont dominées par l'islam (52%), le christianisme (24,3%) et l'animisme (23,3%)³.

1. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996 (RGPH,96)

2. Plan de développement de l'Enseignement de Base 2000-2009

3. Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1996

1.4. Situation économique

Le Burkina Faso est un pays en développement dont 45,3 % de la population vit en dessous du seuil absolu national de pauvreté estimé à 72 690 FCFA par adulte et par an en 1998¹. L'Indice de Développement Humain Durable estimé à 0,304 en 1997², se situait en dessous de la moyenne des autres pays d'Afrique au sud du Sahara.

L'économie du Burkina est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. En effet, les produits primaires constituent les premiers produits d'exportation avec près de 90 % de biens d'origine agricole.

Le PIB à prix constant est passé de 752 milliards de FCFA en 1990 à 1068 milliards en 1999, soit un taux de croissance annuel moyen de 4 %. Pour l'année 1998, le taux de croissance global se situait à 5,7 %. Pour les années 2000-2004, les objectifs en terme de croissance du PIB à prix constant sont très ambitieux et se situent entre 7 et 8 %.

Malgré la dévaluation du franc FCFA en janvier 1994, l'inflation a été ramenée de 29 % en fin 1994 à 4 % en fin 1995. Avec la mondialisation de l'économie et la formation de grands ensembles, le Burkina Faso, membre de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine, s'est associé au processus d'intégration défini au sein de cette institution qui prévoit, selon ses critères de convergence, de ramener l'inflation à moins de 3% pour les années à venir.

Face aux difficultés financières et structurelles, le pays a conclu des accords d'ajustement depuis mars 1991 avec les institutions de Bretton Woods. Il a bénéficié d'une « dimension sociale de l'ajustement ».

Compte tenu du poids de sa dette estimée en 1996 à 237 % de ses recettes d'exportation de biens et services non facteurs, le Burkina Faso a été repris dans le groupe des pays éligibles à l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE).

En outre, en 1996, le Burkina Faso s'est porté candidat pour l'initiative 20/20 adoptée comme mesure concrète de lutte contre la pauvreté.

1.5. Organisation politique et administrative

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

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

La province et la commune sont des collectivités locales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le processus de décentralisation du territoire est toujours en cours.

Sur le plan politique, le pays a renoué avec la démocratie et le multipartisme et un régime constitutionnel a vu le jour en juin 1991. Ce régime constitutionnel comprend trois pouvoirs : l'exécutif, le législatif et le judiciaire.

1. Enquête prioritaire, INSD, 1998

2. Rapport sur le Développement Humain Durable au Burkina Faso, 1997-1998

II. Situation sanitaire

2.1. Etat de santé de la population

2.1.1. Morbidité

La morbidité générale de la population du Burkina Faso est élevée : 15,8% en 1995¹ ; elle est principalement due aux endémo-épidémies locales et aux affections chroniques non transmissibles. Parmi les maladies transmissibles, certaines font l'objet d'immunisation. La morbidité est surtout élevée chez les enfants de moins de 5 ans et chez les personnes âgées sans distinction de sexe.

Les principales causes de consultation dans les services de santé de base sont le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, la rougeole et les infections sexuellement transmissibles.

Les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques touchent particulièrement les enfants de moins de 5 ans.

Le taux de séroprévalence du VIH en fin 1998 se situe entre 7 et 10 % dans la population générale et est de 7,15 % chez les femmes enceintes². Les 3/4 des personnes atteintes sont des adultes jeunes de 15 à 40 ans. Le nombre de cas de *SIDA* notifiés ne cesse d'augmenter malgré une sous notification des cas. Cette pandémie aura une influence à terme sur la durée moyenne de vie si des actions énergiques ne sont pas mises en œuvre.

On observe des flambées épidémiques d'ampleur variable dues aux maladies telles la rougeole, la méningite cérébro-spinale, la fièvre jaune et le choléra.

Les autres endémies majeures sont :

- *La tuberculose*, maladie réémergente due essentiellement à son association avec le SIDA.
- *La lèpre* dont l'évolution connaît une tendance à la hausse ces dernières années et *la dracunculose ou "ver de Guinée"* dont l'incidence annuelle est passée de 13 000 cas rapportés en 1992 à 2227 cas en 1998³.
- *La poliomyélite*, maladie à éradiquer, et *le tétanos néonatal*, malgré les progrès enregistrés, restent encore des problèmes importants de santé.
- *La trypanosomiase humaine africaine* et *l'onchocercose* bien que ne constituant plus des problèmes de santé publique, sont sous surveillance.

Les maladies non transmissibles, notamment les maladies chroniques, sont en augmentation. Désormais ces maladies chroniques viennent s'ajouter aux affections infectieuses auxquelles le pays doit parallèlement faire face.

Il y a également un accroissement du nombre d'*accidents de la circulation, des traumatismes et violences* divers.

1. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996

2. SP/CNLS/IST

3. DEP/SANTE

2.1.2. Mortalité

La situation sanitaire du pays est caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifiques également élevés. Le taux de mortalité générale estimé à 15,2 pour mille¹, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile, infanto-juvenile et maternelle.

Le taux de mortalité infantile est passé de 94 pour mille en 1993² à 105,3 pour mille en 1998³.

Le taux de mortalité infanto-juvenile est passé, sur la même période, de 187 pour mille à 219,1 pour mille. Cette mortalité est due, entre autres, aux maladies transmissibles que sont le paludisme, les maladies cibles du PEV, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës.

La mortalité des jeunes de 15 à 40 ans est due essentiellement au SIDA.

Quant à la mortalité maternelle, elle est passée de 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1993² à 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998³. Les causes directes sont les infections, les hémorragies, les dystocies et les avortements provoqués. Outre ces causes, il y a d'autres facteurs comme le faible statut nutritionnel des mères, les grossesses nombreuses et rapprochées et leurs complications, la faible couverture prénatale, l'absence de directives de prise en charge des cas à risque et la faible utilisation des services de santé, en particulier des services de santé de la reproduction.

2.1.3. Handicaps et incapacités

Le nombre des handicaps et des incapacités croît constamment et ils représentent une part importante des états morbides du pays. On dénombrait 168 698 personnes handicapées dont 52 % de sexe masculin en 1996¹. Les causes sont, entre autres, les accidents, les traumatismes et violences divers et les séquelles de certaines maladies comme la poliomyélite.

2.2. Déterminants de la santé

L'évolution de la santé des populations du pays est influencée par plusieurs facteurs dont les plus importants sont :

Les facteurs politiques et institutionnels : le facteur positif est surtout l'engagement politique des autorités nationales et de leurs partenaires en faveur du secteur de la santé. Par contre les insuffisances dans la coordination, la collaboration intersectorielle et dans la gestion rigoureuse entravent l'exécution des programmes de développement en général et des programmes de santé en particulier.

Les facteurs biologiques : ils sont à l'origine de nombreuses maladies infectieuses, parasitaires, génétiques et/ou héréditaires dont la prévention est rendue difficile par le bas niveau d'instruction des populations et les faibles moyens de diagnostic.

1. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996

2. Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF), 1993

3. Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso, 1998

Les facteurs socioculturels : le faible niveau général d'éducation de la population et les pesanteurs socioculturelles diminuent l'impact des activités de l'IEC pour l'acquisition d'attitudes favorables à la santé. Ainsi, certains comportements comme les pratiques du lévirat, du mariage précoce, de l'excision sont défavorables à la santé et constituent des risques pour l'expansion de certaines maladies.

Les facteurs socio-économiques : le faible pouvoir d'achat des populations en général et des femmes en particulier limite leur accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'eau potable et à l'assainissement ; l'insécurité alimentaire dans les ménages favorise la malnutrition et fragilise ainsi la santé des femmes et des enfants.

La protection sociale est faible et le système moderne ne concerne que les travailleurs du secteur formel de l'économie, tandis que la protection sociale traditionnelle constituée par les réseaux d'assistance familiaux et communautaires a tendance à s'effriter .

Cette situation de pauvreté favorise aussi la consommation d'aliments, de médicaments et autres produits non contrôlés ou prohibés, nocifs à la santé.

Les facteurs environnementaux : l'approvisionnement en eau potable est insuffisant et l'utilisation d'eau polluée reste très importante, surtout en zone rurale , ce qui explique la fréquence élevée des maladies diarrhéiques et des parasitoses.

En matière d'hygiène et d'assainissement, le réseau d'évacuation des eaux pluviales est faible, ce qui provoque des inondations, l'insalubrité et la prolifération de vecteurs de maladies. L'utilisation des latrines reste très limitée en raison d'une part, de l'absence d'installations et d'autre part, de pratiques socioculturelles inadaptées. En matière de traitement des déchets solides et liquides, il n'existe aucun système efficace.

La pollution est devenue plus importante du fait de l'utilisation intensive des pesticides et de l'émission des gaz dans les grands centres urbains.

En ce qui concerne les conditions de vie, l'habitat en général est en banco et très vétuste. La cohabitation entre les animaux domestiques et les hommes crée des situations de promiscuité et d'insalubrité, favorisant le développement de certaines pathologies (leishmanioses, toxoplasmose...).

Quant aux conditions de travail, peu de travailleurs bénéficient de mesures d'hygiène et de sécurité.

Les facteurs démographiques : l'accroissement démographique concernera davantage les groupes vulnérables que sont les enfants et les femmes jeunes. L'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitera la mise en place de services adaptés à leurs besoins de santé.

Les mouvements de populations constituent des facteurs de propagation du SIDA et des autres maladies épidémiques (choléra, fièvre jaune, méningite...) ; ils favorisent également la circulation illicite des médicaments, des aliments et des produits prohibés.

L'urbanisation se développe de façon non contrôlée rendant difficile la gestion des problèmes de santé des populations .

2.3. Organisation et fonctionnement du système de santé

2.3.1. Organisation administrative

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

- *Le niveau central* qui est organisé autour du Cabinet du ministre et du Secrétariat général.
- *Le niveau intermédiaire* qui comprend 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* qui est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

Cette organisation connaît des insuffisances. En effet, les relations hiérarchiques et opérationnelles entre ces différents niveaux ne sont pas toujours bien définies, ce qui entraîne des insuffisances dans la coordination et le respect des attributions . La non concordance entre le découpage administratif et le découpage sanitaire crée des difficultés réelles d'organisation et de fonctionnement des structures.

2.3.2. Organisation et fonctionnement des structures de soins

a) Secteur sanitaire public

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

Le premier niveau est constitué par le district sanitaire qui comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), structure de base du système de santé ;
- le deuxième échelon de soins du district est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Certains districts sanitaires sont centrés sur des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

Le deuxième niveau est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA.

Le troisième niveau est constitué par le Centre Hospitalier National (CHN) qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche.

Malgré les efforts sur le plan institutionnel et juridique pour rendre plus performant le secteur hospitalier, la qualité des soins offerts est encore faible (soins d'urgence, soins de référence). Cette mauvaise qualité peut s'expliquer par les insuffisances dans le domaine managérial au sein des hôpitaux, l'absence de normes en personnel, en équipement et en soins, l'inexistence d'un statut du personnel hospitalo-universitaire, la faiblesse des plateaux techniques. Les hôpitaux ne jouent pas leur rôle de référence. Le cas particulier des deux CHN en est un exemple qui se traduit par le nombre élevé des évacuations sanitaires à l'extérieur du pays .

Les structures publiques de soins sont notamment confrontées à l'inorganisation du système de référence et de contre référence.

b) Secteur sanitaire privé

A l'exception des dépôts de médicaments qui peuvent être gérés par des non professionnels du médicament, l'exploitation de structures sanitaires privées, surtout à but lucratif, se fait individuellement et est un monopole des professionnels de la santé au regard des textes en vigueur. A côté des exploitations individuelles, les associations et les Organisations Non Gouvernementales (ONGs) ouvrent de plus en plus des établissements sanitaires privés.

Les problèmes liés à ce secteur sont notamment, l'insuffisance, l'inadaptation et la non application des textes juridiques y relatifs ; son évolution parallèlement au secteur public par manque de collaboration et de politique formelle de sa promotion ne lui permet pas d'être complémentaire du secteur public. Par ailleurs les structures du département chargées de l'appui et du contrôle ne sont pas pleinement fonctionnelles.

c) Secteur sanitaire traditionnel

La médecine et la pharmacopée traditionnelles ont été reconnues par la loi n° 23/94/ADP du 19/5/94 portant Code de la Santé Publique. Toutefois, il n'a pas été adopté une politique formelle en la matière, ce qui explique les insuffisances de l'organisation de l'exercice de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. Cette situation se traduit par une non maîtrise de la gestion des plantes médicinales locales, une production très artisanale des produits de la pharmacopée et des difficultés de validation des produits.

2.4. Réformes en faveur de la Santé

Les réformes du système de santé débutées depuis 1978, ont connu une accélération à partir des années 1990. Elles concernent notamment les domaines institutionnels, ceux des soins de santé et de la pharmacie.

2.4.1. La décentralisation du système de santé : le district sanitaire

La création des districts sanitaires est l'une des mutations les plus importantes dans le secteur de la santé. Ainsi, la carte sanitaire organise le pays en 53 districts sanitaires administrés chacun par une Equipe Cadre de District (ECD) chargée de la gestion, des prestations des soins cliniques et de la recherche en santé.

Dans le processus de décentralisation du système de santé, il apparaît de nombreux défis à relever au niveau des districts au nombre desquels on peut citer le renforcement de la planification opérationnelle et du système d'information sanitaire, l'intégration des programmes verticaux, le développement des capacités de gestion, le renforcement des infrastructures, le développement approprié de la couverture sanitaire dans les districts urbains, l'engagement communautaire, l'assurance qualité des soins, etc.

En dépit de l'adoption de l'Initiative de Bamako qui devait permettre de renforcer les soins de santé primaires à travers le système de santé de district, le processus d'opérationnalisation des districts accuse un grand retard, ce qui se traduit par une insuffisance de la couverture des populations en soins de qualité.

2.4.2. Réforme hospitalière

L'objectif de la réforme hospitalière est de rendre ce secteur plus performant. La réforme a également pour objet de permettre à chaque acteur hospitalier de mieux situer ses droits, ses obligations et ses responsabilités vis à vis de l'institution et des malades.

L'hôpital tout en contribuant de façon significative aux soins de santé primaires, doit être un lieu réservé aux malades les plus gravement atteints sur le plan clinique, ou qui sont dans une situation d'urgence. L'hôpital serait alors un plateau technique spécialisé.

Cependant, ces réformes n'ont pas permis d'améliorer la qualité des soins offerts dans les services hospitaliers.

2.4.3 Réforme pharmaceutique

Pour faire face aux difficultés d'approvisionnement du secteur public et à la faveur de la politique des médicaments essentiels adoptée par le gouvernement, une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux (CAMEG) a été mise en place pour appuyer l'Initiative de Bamako. La dévaluation du franc CFA en janvier 1994 a accéléré la création des dépôts de Médicaments Essentiels Génériques (MEG) dans les formations sanitaires.

La réforme pharmaceutique a intéressé, entre autres, les volets suivants : la législation et la réglementation pharmaceutiques, l'approvisionnement, la production locale, la distribution y compris les remèdes traditionnels issus de la pharmacopée traditionnelle, l'assurance qualité des médicaments, l'usage rationnel, l'information et la promotion des médicaments, l'accessibilité financière aux médicaments.

Malgré les nombreux acquis dans le secteur pharmaceutique, quelques insuffisances persistent : il n'existe pas un plan de développement des structures de production et de distribution des médicaments, les textes législatifs et réglementaires existants sont inadaptés et ne sont pas toujours appliqués, l'usage des médicaments est souvent inapproprié, favorisant la vente illicite des médicaments et l'automédication, le médicament reste inaccessible financièrement à la majorité de la population.

2.4.4. Assurance qualité

L'assurance qualité des services consiste en «la mise en œuvre d'un ensemble de dispositions par les structures sanitaires en vue d'assurer la santé des populations dans tous ses aspects en tenant compte des normes et standards scientifiques et sociaux définis en la matière».

En matière de prestations de soins, des normes et standards ont été élaborés pour certains domaines (santé de la reproduction notamment). Malgré la baisse progressive de l'utilisation des services par les populations en raison de leur faible

qualité, il n'existe pas encore de programme national d'assurance qualité des prestations.

Dans le domaine du médicament, les différentes réformes entreprises dans le secteur n'ont pas permis l'amélioration de la qualité des médicaments. Ainsi, le pays ne dispose pas encore de laboratoire lui permettant de contrôler la qualité, l'efficacité et l'innocuité des médicaments, produits et principes actifs importés. Il n'existe pas un programme national d'assurance qualité des médicaments. L'insuffisance des stratégies de communication en matière de santé en général et dans le domaine pharmaceutique en particulier, et la non application des textes juridiques, favorisent l'automédication et le développement du marché illicite des médicaments.

2.5. Ressources en santé

2.5.1. Infrastructures

Le Burkina Faso comptait en décembre 1999 2 CHN, 9 CHR, 25 CMA, 44 CM, 759 CSPS ainsi que 130 dispensaires et 21 maternités isolés qui doivent être normalisés en CSPS.

D'une manière générale, la couverture en infrastructures sanitaires se caractérise par son insuffisance et une inégalité dans la répartition des formations sanitaires selon les régions par rapport aux normes définies. Le rayon moyen d'action des formations sanitaires de base (CSPS, dispensaires et maternités confondus) était de 9,69 km en 1997.

Le pays connaît ces dernières années une expansion rapide des structures sanitaires privées à but lucratif qui sont passées de moins d'une dizaine dans les années 70, à plus de 300 en 1999 tous types confondus¹. En 1994, 82% de ces formations sanitaires privées étaient concentrées dans les deux grandes villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso¹.

Le secteur pharmaceutique privé comptait en 1999, 105 officines privées (dont 69 à Ouagadougou et 19 à Bobo-Dioulasso) et 2 grossistes privés à Ouagadougou avec leurs succursales à Bobo-Dioulasso¹.

2.5.2. Ressources humaines

a) Situation du personnel

Les effectifs disponibles en personnel du secteur sanitaire public ne couvrent pas les besoins du pays. En plus, il y a une disparité notoire dans la répartition du personnel entre d'une part, les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso et d'autre part, le reste du pays. Ces deux villes regroupent à elles seules 53,7 % des médecins, 57,3% des sages-femmes, 59% des pharmaciens et 33% des infirmiers toutes catégories confondues, alors qu'elles n'abritent qu'environ 10% de la population du pays.

1. Inspection Générale des Etablissements et Services de Santé

Soixante pour cent (60%) des CSPS répondent aux normes établies en personnel ; toutefois, les CMA et les formations sanitaires en zone urbaine, ont un excédent en personnel toutes catégories confondues sans satisfaire pour autant aux normes de manière qualitative.

b) Formation du personnel

La formation de base du personnel paramédical se fait à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP). Les effectifs par promotion ont augmenté en général depuis 1993 grâce à la priorité accordée aux secteurs sociaux dans le cadre du PAS.

Au niveau de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), seules existent actuellement les sections de médecine, de pharmacie et de techniciens supérieurs de laboratoire.

Le rythme annuel de sortie est en moyenne de 30 médecins et de 15 pharmaciens à la FSS et de 250 paramédicaux à l'ENSP, ce qui est insuffisant au regard des besoins du ministère de la santé même si les contraintes budgétaires ne permettent pas toujours d'absorber le personnel ainsi formé.

L'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature et l'ENSP forment des administrateurs des hôpitaux et des gestionnaires des services de santé. On se retrouve devant deux institutions publiques exécutant les mêmes formations, souvent avec les mêmes enseignants. Cette catégorie de personnel est formée en quantité insuffisante .

La formation continue destinée aux personnels en service se fait par le biais de cours de perfectionnement ou de séminaires de recyclage. Les spécialisations pour les médecins se déroulent en grande partie en dehors du Burkina.

Le manque de plan de formation et de suivi après formation fait que toutes ces formations sont souvent mal planifiées et ne correspondent pas toujours aux besoins prioritaires du département.

c) Administration des ressources humaines

Le recrutement des agents se fait sur titre ou sur concours.

L'administration et la gestion des ressources humaines sont centralisées et non rationalisées.

Le système de rémunération se caractérise par sa rigidité. Les indemnités allouées ne font que rémunérer les conditions physiques d'exercice de l'activité. Un tel système qui n'offre aucune possibilité de rémunérer la performance ou la productivité, conduit le plus souvent à décourager les initiatives et entraîne à terme une profonde démotivation dont les effets pervers sont toujours difficiles à juguler.

Cependant, la promotion en grade est très liée à la formation en cours d'emploi, ce qui constitue un acquis positif indéniable à maintenir et à consolider.

La création d'une direction chargée des ressources humaines traduit l'importance accordée à leur gestion, mais celle-ci n'est pas encore opérationnelle et il n'existe pas de plan de développement des ressources humaines.

2.5.3. Ressources matérielles

a) Equipements

Au niveau des formations sanitaires périphériques, les équipements prévus par le document des normes sont assez exhaustifs du point de vue de leur nature et de leur qualité ; ces normes sont suffisamment respectées, ce qui devrait leur permettre d'offrir le paquet minimum d'activités. Par contre, les CHR et les CHN sont sous-équipés.

Des problèmes de gestion se posent à tous les niveaux. En effet, les équipements médicaux et la logistique sont mal gérés, mal entretenus et parfois inadaptés. L'insuffisance de crédits et la diversité technologique des équipements liée aux dons et à l'exigence de certains partenaires rendent la maintenance difficile. En outre, la direction chargée de l'équipement et de la maintenance ne joue pas pleinement son rôle. La politique de maintenance n'est pas clairement définie. Les amortissements et remplacements du matériel ne sont pas planifiés. Il en résulte une faiblesse des plateaux techniques, notamment au niveau des formations sanitaires de référence, et par conséquent, des prestations de faible qualité.

b) Médicaments et consommables médicaux

Le Burkina Faso a un système d'approvisionnement fortement dépendant des importations provenant essentiellement des pays européens. La dévaluation du franc CFA intervenue en janvier 1994 a entraîné une nette augmentation du coût des médicaments contrebalancée en partie par la promotion des MEG. Les produits de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles ne sont pas suffisamment exploités et rationalisés pour permettre de réduire les achats de médicaments à l'extérieur.

L'industrie pharmaceutique nationale très embryonnaire, représente seulement 2% du marché pharmaceutique national.

Le réseau de distribution du médicament s'est amélioré de manière significative depuis 1993 aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Ce réseau est organisé en distribution de gros et en vente au détail.

La distribution de gros est assurée par trois sociétés grossistes dont deux privées et une parapublique.

La vente en détail des MEG est assurée par les dépôts répartiteurs des districts, les dépôts de vente des formations sanitaires, les dépôts villageois. En 1999, 92% des formations sanitaires disposaient d'un dépôt de vente des MEG.

2.5.4. Ressources financières

Le budget de la santé sur ressources propres est passé de 14 242,5 millions de FCFA en 1996, à 23 234 millions en 1999, soit un taux de croissance moyen de 17,8%.

Le budget total de la santé (y compris les investissements extérieurs), est passé de 30 619,5 millions FCFA en 1996 à 38 290,7 millions en 1999, soit un taux de croissance moyen de 7,83%.

La part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat de 1996 à 1999 était respectivement de 10,7%; 9,9%; 8,9% et 10,5%. L'Etat s'est engagé dans le cadre

des réformes appuyées par les partenaires, à augmenter la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat, de 10 % par an jusqu'à atteindre 12%.

En 1999, le budget de la santé se répartissait comme suit : 19 026,8 millions FCFA pour le fonctionnement et 19 263,9 millions FCFA pour l'investissement (national et extérieur), soit respectivement 49,70% et 50,30% du budget total. La part de l'investissement extérieur dans l'investissement total du secteur pour la même année était de 78,16 % (les dépenses « investissements extérieurs » ne tiennent pas compte de l'ensemble des interventions extérieures, il y a donc une sous estimation).

En valeur absolue la part des salaires dans le budget de la santé est passée de 5 322,7 millions FCFA en 1996 à 6 700,3 millions FCFA en 1999, soit une croissance moyenne de 8,30%.

La part des salaires dans le budget de fonctionnement de la santé de 1996 à 1999 était respectivement de 40,40 % ; 40,48 % ; 39,22 % ; et 35,21% ; on note une légère diminution ces dernières années au profit des transferts courants.

En dehors du budget de l'Etat, les collectivités locales, les ONGs, les associations, les communautés locales et les partenaires au développement interviennent dans le financement de la santé.

Malgré les efforts de l'Etat et de ses partenaires, la mobilisation des ressources financières pour un développement global, équitable et durable de la santé demeure insuffisante, tandis que paradoxalement, l'on note un faible taux d'absorption des ressources disponibles.

2.6. Activités de santé

2.6.1. Offre et demande de soins

a) Offre de soins

Elle concerne les soins de base, les soins de référence et les soins d'urgence.

L'offre de soins de base est essentiellement assurée par le CSPS et le CMA. En général, chaque CSPS offre le paquet minimum d'activités (PMA) standard dès que les normes minimales en personnel et en équipement sont atteintes.

Le PMA comprend des activités promotionnelles, préventives et curatives. Cependant les CSPS du milieu urbain offrent, en fonction des ressources disponibles, des prestations supplémentaires souvent spécialisées.

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

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

Le secteur sanitaire privé contribue à accroître l'offre de soins. Pour le moment, le secteur privé à but non lucratif développe des soins préventifs à côté des soins curatifs. Quant au secteur privé à but lucratif, la préférence est donnée aux soins curatifs.

Les soins de référence sont organisés au niveau des CMA, des CHR et des CHN. Le circuit référence du malade dans le système est de type pyramidal, allant de la

base vers le sommet. Au bout de la chaîne, certains malades peuvent être référés à l'extérieur du Burkina lorsque les soins nécessaires à leur prise en charge ne sont pas offerts par le système national. L'amélioration des plateaux techniques, notamment ceux des hôpitaux nationaux, est en cours afin de réduire ce type d'évacuations trop onéreux.

Les soins d'urgence sont surtout organisés dans des unités spécialisées au niveau des hôpitaux nationaux. Dans les autres structures, ces soins sont dispensés par les services habituels ou les services de garde.

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

Pour les services à base communautaire, l'absence d'un mécanisme de motivation à l'endroit des agents communautaires constitue la principale difficulté à leur promotion.

b) Demande de soins

Elle est influencée par la disponibilité et la qualité des soins. Les insuffisances en la matière entraînent une perte de confiance des populations vis à vis des structures modernes de soins, ce qui contribue à la baisse constante de l'utilisation des services notamment pour les soins curatifs. La médecine et la pharmacopée traditionnelles qui sont peu organisées, connaissent une utilisation importante, surtout en milieu rural.

2.6.2. Activités de soutien

Certaines activités de soutien permettent d'améliorer l'offre de soins. Il s'agit de l'IEC, de la collecte et du traitement des données sanitaires, de la gestion de la documentation, du développement de l'informatique dans le domaine de la santé et de la recherche en santé.

Ces activités sont caractérisées par i) une faiblesse voire une absence de coordination et de sanction des messages d'IEC développés par les différents intervenants, ii) la faiblesse du système national d'information sanitaire notamment l'inadaptation et la multiplicité des supports de collecte de données, les faibles complétude et fiabilité des données statistiques, l'insuffisance de l'analyse et de l'utilisation des données collectées à tous les niveaux avec une parution régulièrement tardive de l'annuaire statistique, iii) l'inexistence d'une stratégie de développement de la documentation et des archives au sein du ministère de la santé, iv) l'insuffisance de la coordination de la recherche en santé, de la diffusion et de l'utilisation des résultats.

Les causes de cet état de fait sont entre autres, l'absence d'orientation claire, l'insuffisance voire l'inexistence de personnel qualifié pour développer la plupart des activités de soutien.

2.6.3. Programmes spécifiques

a) Lutte contre la maladie

Il existe des programmes de lutte contre certaines maladies transmissibles qui prévoient l'éradication de la poliomyélite et du ver de guinée, l'élimination du tétanos néonatal et de la lèpre, la lutte contre d'autres maladies transmissibles reconnues d'importance en santé publique que sont le SIDA, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la tuberculose, etc.

Les programmes existants de lutte contre la maladie y compris le PEV sont peu efficaces. Ils se caractérisent notamment par une insuffisance d'intégration de certaines activités au PMA des formations sanitaires, l'incoordination, le manque de suivi et d'évaluation des interventions, la gestion centralisée des activités.

Ces insuffisances s'expliquent en général par le déficit en management et en ressources au niveau du ministère de la santé ; il en résulte une faible amélioration des indicateurs de santé.

La santé mentale et la santé bucco-dentaire font l'objet de programmes plus ou moins finalisés mais qui ne sont pas mis en œuvre. De nouveaux programmes portant sur l'élimination de la schistosomiase et de la filariose lymphatique sont en cours d'élaboration.

Il n'existe pas de stratégies appropriées de prise en charge de certaines maladies non transmissibles d'importance en santé publique (cancer, maladies cardiovasculaires, drépanocytose, diabète etc.). Cela est dû en partie à l'insuffisance en ressources et à la méconnaissance réelle de l'ampleur de ces pathologies.

Les mesures d'hygiène et d'assainissement sont insuffisantes malgré l'existence de politiques et stratégies en la matière, entraînant la persistance de nombreuses maladies.

b) Promotion et protection des groupes spécifiques

Certains groupes de la population se trouvent plus vulnérables en raison de risques liés à leur âge, à leur sexe ou à leurs activités et bénéficient pour cela d'actions spécifiques. C'est le cas des femmes, des enfants, des jeunes, des personnes âgées, des travailleurs et des personnes handicapées.

Une forte mobilisation nationale et internationale à l'endroit de ces groupes a permis la conception et la mise en œuvre de programmes, notamment en faveur des mères et des enfants.

Par ailleurs, des activités ont été développées à l'endroit des travailleurs des secteurs structurés ; pour les jeunes, un programme est élaboré mais n'est pas encore mis en œuvre.

La prise en charge de la santé des groupes spécifiques demeure malgré tout insuffisante. Cela se traduit notamment par des activités préventives peu développées, des besoins de santé spécifiques non pris en compte et l'implication insuffisante des bénéficiaires et particulièrement des hommes.

Des pratiques traditionnelles telles l'excision, le lévirat, les violences domestiques sont encore très répandues. Cette situation due entre autres, aux pesanteurs socioculturelles, à l'analphabétisme de la population et à la faiblesse des

programmes d'IEC, constitue une entrave à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants.

2.6.4. Mobilisation sociale et participation communautaire

Différentes initiatives développées au niveau national ont permis de capitaliser des acquis dans le domaine de la mobilisation sociale et de la participation communautaire, mais des insuffisances demeurent. Elles se traduisent principalement par l'absence d'une stratégie nationale de mobilisation sociale et de plan de communication, l'insuffisance de collaboration intersectorielle pour mieux accompagner les efforts des communautés à s'organiser ou à pérenniser les actions de mobilisation sociale et la méconnaissance de l'approche participative par la majorité des intervenants.

2.7. Financement de la santé/Coopération

2.7.1. Sources et principaux modes de financement

Les principales sources de financement de la santé sont constituées par l'Etat, les collectivités locales, les partenaires (multilatéraux, bilatéraux, ONGs/associations), les employeurs et les communautés.

L'Etat alloue des crédits aux directions régionales de la santé et aux districts sanitaires pour les dépenses de biens et services au travers du système de délégation de crédits depuis respectivement 1998 et 1999. Au niveau du district, il n'existe pas de clé de répartition des crédits ainsi alloués entre les deux échelons du district et l'équipe cadre; les procédures de déblocage sont compliquées. L'objectif défini dans les documents de politique économique 1998-2000 et 2000-2002, est que les districts sanitaires reçoivent à terme au moins 50% des dotations en biens et services.

Les collectivités locales assurent la prise en charge des salaires des agents locaux travaillant dans les formations sanitaires. Elles participent également au financement des constructions et réhabilitations d'infrastructures sanitaires, des équipements de départ et leur renouvellement ainsi qu'au fonctionnement des établissements hospitaliers. De façon générale, le montant des financements par les collectivités n'est pas connu du fait de l'absence d'un mécanisme de suivi au plan national et local. Cependant, leur rôle dans le financement de la santé sera renforcé dans le contexte de la décentralisation.

Les communautés participent aussi au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans le cadre de l'Initiative de Bamako (tarification des actes et vente de MEG).

Le paiement direct des actes (consultations, examens de laboratoire, de radiologie, hospitalisations...) et des médicaments représente le mode de paiement prédominant.

2.7.2. Autres modes de financement existants

Il existe des modes de financement « modernes » qui s'appliquent aux travailleurs du secteur formel de l'économie. Ils sont organisés par des organismes publics comme la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ou des compagnies privées

d'assurance. La CNSS prévient les risques professionnels et prend en charge les accidents du travail.

Compte tenu de la faiblesse de la prise en charge des populations par les systèmes « modernes » de protection sociale qui ne concernent que les travailleurs des secteurs structurés, des modes de financement solidaires comme les caisses d'entraide et les mutuelles de santé, ont fait leur apparition. Malgré un développement considérable de ces différents mécanismes de financement, ils ne couvrent encore qu'une faible proportion de la population.

Le financement de la santé est confronté à de nombreuses difficultés parmi lesquelles l'on peut citer l'insuffisance de la mobilisation des ressources financières et de la gestion des fonds alloués, les insuffisances des textes juridiques régissant la participation communautaire ainsi que de leur application, l'inaccessibilité financière des services de santé aux populations, l'inexistence de mécanisme de prise en charge des indigents bien que des textes officiels leur accordent la gratuité des soins.

2.7.3. Organes de gestion

Les organes de gestion existent à tous les niveaux du système de santé.

Au niveau des formations sanitaires périphériques, des Comités de Gestion (COGES) ont été créés afin d'impliquer les populations dans la gestion des formations sanitaires périphériques dans le cadre de l'initiative de Bamako. Ils ont la responsabilité de l'administration de la formation sanitaire.

Au niveau du district, il existe l'ECD qui assure la gestion technique du district en collaboration avec le COGES et le Conseil de Santé de District (CSD), organe consultatif de création récente dont certaines attributions lui confèrent un rôle de gestion.

Au niveau de chaque hôpital national et régional, il existe un Conseil d'Administration (CA) qui a la responsabilité de l'administration de l'établissement.

Le principal problème des COGES est que l'Etat qui a un rôle de régulation ne prévoit pas de directives qui puissent constituer un repère pour la représentativité des différents groupes sociaux en leur sein, la fixation des tarifs des actes médicaux et l'utilisation des fonds récoltés.

2.7.4. Coopération

Dans le cadre de la coopération sanitaire, le Burkina bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires dans le domaine de la santé.

Ainsi, l'on distingue les partenaires des coopérations multilatérale et bilatérale, les ONGs internationales, les ONGs et associations nationales et le secteur sanitaire privé.

Les mécanismes de concertation sont assurés à travers la conférence annuelle des partenaires au niveau central et à un moindre degré, par le Conseil d'Administration du Secteur Ministériel (CASEM). Parallèlement, les partenaires des coopérations multilatérale et bilatérale organisent des rencontres périodiques entre eux.

Au niveau décentralisé, les cadres de concertation existants sont les Comités Techniques Régionaux de Santé (CTRS) et les CSD.

La principale difficulté inhérente à la coopération avec les partenaires est l'insuffisance de la coordination des interventions. Chaque partenaire a son domaine d'intervention et parfois sa zone de prédilection et le territoire se trouve balkanisé. Certains partenaires sont réticents à suivre les orientations nationales. Ainsi, le ministère de la santé n'a pas une vue d'ensemble des différentes interventions à cause des multiples portes d'entrée ; les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante. Il en résulte une difficulté d'agencement des activités, de capitalisation des acquis, de connaissance des ressources extérieures du ministère de la santé, toutes choses qui diminuent l'impact des interventions.

Au terme de l'analyse de la situation sanitaire nationale, les problèmes sanitaires prioritaires identifiés sont énoncés ci-dessous.

III. Problèmes prioritaires

1. La morbidité et la mortalité générales sont élevées

La morbidité des populations est élevée surtout chez les enfants de moins de 5 ans et chez les personnes âgées. Les causes sont essentiellement la persistance des endémo-épidémies locales et des affections chroniques.

La mortalité générale également élevée est essentiellement due aux taux élevés des mortalités infantile, infanto-juvenile et maternelle. Les causes directes des décès maternels sont les infections, les hémorragies et les dystocies.

Il faut aussi noter l'accroissement de la morbidité et de la mortalité dû aux accidents de la circulation, aux traumatismes et violences divers.

Par ailleurs, les programmes existants de lutte contre la maladie sont peu efficaces et les mesures d'hygiène et d'assainissement sont insuffisantes.

2. La prévalence du VIH/SIDA est forte

Le taux de séroprévalence du VIH est élevé dans la population générale et la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 15 et 40 ans. Malgré cette prévalence élevée, il y a une sous notification des cas. Cette forte prévalence est notamment due à la persistance des pesanteurs socioculturelles et au peu d'efficacité des programmes. Le nombre de cas de SIDA notifiés ne cesse d'augmenter. Les conséquences de cette pandémie à terme sont, entre autres, l'affaiblissement du tissu social, la désorganisation des services de santé et les incidences négatives sur l'économie nationale .

3. L'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé est limitée.

La couverture nationale en infrastructures est globalement insuffisante avec en plus, une répartition inégale des formations sanitaires existantes selon les régions. En effet, bien que le rayon moyen d'action des formations sanitaires soit de 9,69 km en 1997, 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 dégradées par manque de maintenance. L'une des raisons de

l'inégale répartition des formations sanitaires est le non respect des normes de la couverture sanitaire du pays.

Par ailleurs, la faiblesse de la participation communautaire limite l'amélioration de l'offre de soins.

Sur le plan financier, 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 après la dévaluation du franc CFA.

Cette situation s'explique en partie par les prescriptions irrationnelles et le non fonctionnement du système de prise en charge des indigents. Il s'y ajoute l'absence de mécanismes solidaires de prise en charge des coûts de santé.

4. La qualité des services de santé est faible

Beaucoup de prestations de soins ne sont pas disponibles au niveau des formations sanitaires à cause de l'insuffisance de personnel et de compétence. En effet, le paquet minimum d'activités n'est pas entièrement offert dans toutes les formations sanitaires existantes, tous les districts sanitaires n'étant pas opérationnels.

Les services de santé sont caractérisés par le mauvais accueil, une mauvaise perception des populations vis à vis de ces services, la mauvaise organisation des soins entraînant, entre autres, des temps d'attente prolongés. Les formations sanitaires de référence ne sont pas toujours accessibles ; elles ne peuvent pas prendre en charge certains cas de maladies à cause de leur sous-équipement et de l'insuffisance de personnel spécialisé. La référence et la contre référence sont mal organisées.

La qualité des soins offerts est insuffisante ; ceux-ci ne répondent pas toujours aux critères de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des populations. L'absence d'un programme national d'assurance qualité contribue à la baisse de la qualité des services de santé et par conséquent, à celle de leur utilisation par les populations.

5. La gestion des ressources humaines en santé n'est pas performante

La direction des ressources humaines mise en place n'est pas encore opérationnelle. Il n'existe pas de politique formelle de développement des ressources humaines, ce qui explique en partie leur insuffisance quantitative et qualitative. La formation de base et la formation en cours d'emploi des personnels de santé sont inadaptées.

La gestion des ressources humaines est caractérisée par la non maîtrise des effectifs, le manque de définition des postes et des emplois, la mauvaise répartition du personnel par rapport aux besoins, l'insuffisance de motivation du personnel.

6. Le cadre institutionnel est faible

La faiblesse du cadre institutionnel se traduit par une définition insuffisante des relations hiérarchiques et opérationnelles entre les différents niveaux du système de santé, d'où une mauvaise coordination intrasectorielle, un faible pouvoir de coordination des interventions dans l'ensemble du secteur de la santé, un cadre juridique inadéquat doublé de la non application des textes existants. L'appui du niveau central en termes de gestion, de planification et de contrôle est insuffisant. Enfin, le manque d'harmonie entre la décentralisation administrative et la

décentralisation du système de santé ne garantit pas les acquis du système en terme d'organisation.

7. La coordination et la collaboration intersectorielle sont insuffisantes

La coordination des interventions des partenaires (secteur privé, organismes de financement, associations) n'est pas suffisante. Les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante. Par conséquent, les ressources du ministère de la santé sont méconnues, mal utilisées et l'impact des apports des partenaires s'en trouve diminué.

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

IV. Orientation nationales en matière de Santé

4.1. Fondements, valeurs et principes

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution du Burkina du 02 juin 1991 qui dispose en son article 18 que la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux, constituent des droits sociaux reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir.

La santé étant une condition préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux, il est donc de la responsabilité de l'Etat de définir une Politique Nationale de Santé à même de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé de la population et d'en assurer la mise en œuvre effective.

Le Burkina Faso a adhéré à différents instruments internationaux ou régionaux relatifs aux droits de l'homme, donc au droit à la santé. Au nombre de ces instruments, on peut citer :

- la Déclaration universelle des droits de l'Homme ;
- le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;
- la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;
- la Convention relative aux droits de l'enfant ;
- la Déclaration d'Alma Ata sur la stratégie des soins de santé primaires ;
- la Charte de développement sanitaire de la Région africaine d'ici l'an 2000 ;
- la Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA : "*Santé, base du développement*" ;
- les Recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire ;
- la Déclaration de la Conférence mondiale de Beijing.

Le Burkina Faso a pris aussi des textes en faveur de l'amélioration de la santé des populations dont le Code de la Santé Publique, le Code des Personnes et de la Famille, le Code de l'Environnement et de l'Eau.

Ainsi, à travers ces différents instruments, le Burkina Faso a fait siens les valeurs et les principes suivants :

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

Les valeurs et les principes ci-dessus énoncés seront à la base de la Politique Sanitaire Nationale.

4.2. But

Le but de la Politique Sanitaire Nationale est de contribuer au bien-être des populations.

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

La mission de ce système est de satisfaire les besoins essentiels de santé des populations.

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

La Politique Sanitaire Nationale se fixe les objectifs ci-après:

4.3. Objectifs

4.3.1. Objectif général

L'objectif général de la Politique Sanitaire Nationale est d'améliorer l'état de santé des populations.

4.3.2. Objectifs intermédiaires

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

4.3.3. Objectifs spécifiques

La Politique Sanitaire Nationale se fixe comme objectifs spécifiques de :

- accroître la couverture sanitaire nationale ;
- améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
- optimiser la gestion des ressources humaines en santé ;
- améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
- réduire la propagation du VIH/SIDA ;
- promouvoir la santé des groupes vulnérables ;
- renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

Pour atteindre les objectifs spécifiques, un certain nombre de stratégies ont été identifiées.

4.4. stratégies par objectif spécifique

4.4.1. Accroître la couverture sanitaire nationale.

- Développement des infrastructures sanitaires et des équipements

Il s'agira en particulier de normaliser les infrastructures incomplètes, de construire de nouvelles infrastructures selon la planification nationale, de renforcer les hôpitaux de référence, d'équiper les infrastructures selon les normes, d'assurer la maintenance des infrastructures et des équipements, de suivre la planification et l'application des normes.

- Opérationnalisation des districts sanitaires

Cette stratégie visera à renforcer les capacités opérationnelles des structures d'appui à la décentralisation, à former les personnels de santé des districts et à mettre en œuvre des modèles adaptés aux différents types de districts.

- Développement des services à base communautaire

Il s'agira de renforcer la participation communautaire à l'offre de soins de base de qualité contribuant ainsi à l'accroissement de la couverture sanitaire nationale. Pour ce faire, un effort particulier sera fait pour assurer une mobilisation sociale

conséquente, former et encadrer les agents des services à base communautaire, renforcer les compétences des membres des COGES en gestion.

- *Renforcement de la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre de soins*

L'important développement du secteur sanitaire privé et de la médecine et pharmacopée traditionnelles devraient permettre d'augmenter l'offre de soins. Par conséquent, la participation de ces secteurs sera renforcée par des actions visant à valoriser la médecine et pharmacopée traditionnelles, à mettre en place des cadres adaptés de collaboration, à promouvoir l'approche contractuelle, à développer des mécanismes de suivi et d'évaluation de leurs activités ainsi qu'à renforcer les capacités des structures d'appui et de contrôle.

4.4.2 Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé.

- *Renforcement des activités de soutien et de promotion de la santé*

A côté des prestations techniques de santé, certaines activités de soutien interviennent d'une manière très significative dans l'amélioration de l'offre de soins. Le renforcement de ces activités consistera à améliorer la conception et la gestion des programmes de santé, à développer une stratégie nationale de la documentation sanitaire et des archives, à renforcer le SNIS, à utiliser de façon optimale les nouvelles technologies de l'information au sein des services de santé, à développer une politique nationale d'IEC/Santé et la recherche en santé. En outre, il faudra promouvoir l'hygiène et l'assainissement.

- Mise en œuvre de la stratégie nationale d'assurance qualité

Le pays a défini une stratégie nationale d'assurance qualité dont la mise en œuvre doit contribuer à améliorer la qualité des services et à accroître leur utilisation par les populations. Il s'agira plus précisément de développer les compétences des personnels de santé, de mettre en œuvre un système performant de gestion des infrastructures, des équipements et de la logistique y compris la maintenance biomédicale, d'établir et de mettre en œuvre des normes de soins par niveau. En outre, le système de référence et de contre référence devra être rationalisé. Toutes ces actions feront l'objet d'un suivi/évaluation efficace.

- *Amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et de leur accessibilité*

Mettre à la disposition des populations des médicaments de bonne qualité et qui leur soient accessibles est l'un des points importants des réformes du système national de santé. Aussi, s'agira-t-il de mettre en œuvre un plan national de développement des structures de production et de distribution du médicament, de renforcer le cadre législatif et réglementaire, d'assurer le contrôle de la qualité des médicaments et d'en promouvoir l'usage rationnel.

- Régulation des pratiques professionnelles

La qualité des soins est en partie tributaire du respect de l'éthique et pour chaque profession, des droits et des devoirs doivent être définis au travers d'un code d'éthique. Ainsi, il s'agira de promouvoir les ordres professionnels et de leur donner les moyens d'assurer effectivement leur rôle de garants des bonnes pratiques et de défenseurs des droits des professionnels.

4.4.3. Optimiser la gestion des ressources humaines en santé

- Elaboration d'un plan de développement des ressources humaines en santé

Le développement des ressources humaines est essentiel compte tenu du processus de décentralisation du système de santé et de l'autonomie de gestion accordée aux structures de référence. Par conséquent, les actions à entreprendre seront de renforcer la direction des ressources humaines, d'élaborer et de mettre en œuvre un plan cohérent de développement des ressources humaines en santé pour répondre aux besoins du système de santé. En outre, il faudra mettre en place un mécanisme permettant de motiver le personnel.

Afin de faciliter la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines, des procédures et outils de gestion seront élaborés et mis à la disposition des responsables qui seront formés pour leur application.

- Mise en place d'un mécanisme de suivi des formations en cours d'emploi

Un des problèmes importants du département de la santé est l'absence de supervision et de suivi des agents ayant bénéficié de formation en cours d'emploi, ce qui ne permet pas d'évaluer l'impact des formations ou d'utiliser judicieusement les agents formés.

Pour remédier à cette situation, il sera mis en place un mécanisme performant de suivi des formations continues.

4.4.4. Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé

- Renforcement de la participation de l'Etat et des collectivités locales au financement de la santé

Le financement de la santé sur ressources extérieures ne doit être que complémentaire de celui sur les ressources propres de l'Etat. Aussi, des actions de plaidoyer seront-elles développées auprès de l'Etat et des collectivités locales pour une participation plus importante au financement de la santé.

- Rationalisation des soins

La rationalisation des soins et de la prescription médicale permettra, par une démarche systématisée, d'offrir des soins de qualité aux populations en évitant les prescriptions et les utilisations abusives de médicaments. Pour ce faire, le personnel sera formé, l'utilisation des guides de diagnostic et de traitement sera

systématisée, les mesures de délivrance du médicament seront renforcées et la population sensibilisée.

- Amélioration de la gestion et de l'utilisation des ressources mobilisées

En dépit de l'insuffisance des ressources pour le financement de la santé, certaines ressources mobilisées sont sous utilisées ou mal gérées. Pour remédier à cette situation, il faudra renforcer les compétences gestionnaires des personnels de santé, élaborer des procédures de gestion efficaces des fonds, et de fixation des prix des prestations et améliorer le fonctionnement des cadres de concertation à tous les niveaux.

- Promotion de modes alternatifs de financement de la santé

La question de la prise en charge des coûts de la santé constitue un obstacle majeur à l'accessibilité financière des populations aux soins dont une grande partie vit en dessous du seuil absolu de pauvreté. Il apparaît nécessaire de promouvoir les mécanismes de tiers payants, d'encadrer et de suivre les expériences en cours.

4.4.5. Réduire la propagation du VIH/SIDA

- Renforcement des mesures de prévention de la transmission

Malgré les actions menées jusqu'à ce jour, la séroprévalence du VIH et le nombre de cas de SIDA ne cessent d'augmenter.

Pour faire face à cette situation préoccupante, l'accent sera mis à tous les niveaux du système de santé sur le renforcement des mesures de prévention de la transmission telles la promotion de comportements à faible risque et de la sécurité transfusionnelle.

- Renforcement de la surveillance épidémiologique

Les données épidémiologiques actuelles ne permettent pas de se faire une idée exacte de l'ampleur du SIDA en raison de la sous notification des cas.

Il sera nécessaire de renforcer le suivi des activités des sites sentinelles et d'améliorer la performance du système national d'information sanitaire.

- Amélioration de la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Il existe déjà un protocole de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il s'agira de le mettre en œuvre avec un accent particulier sur le dépistage précoce, le traitement ambulatoire et le soutien psychosocial.

- Promotion du partenariat national et international

Le contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA nécessite une mobilisation soutenue de ressources pour le développement d'actions efficaces de prévention de la transmission et de prise en charge des malades.

Pour ce faire, il faudra renforcer les participations multisectorielle et communautaire au niveau national et rechercher au niveau international des ressources complémentaires.

4.4.6. Promouvoir la santé des groupes vulnérables

Mise en œuvre de stratégies intégrées de prévention des risques et de prise en charge de la santé des groupes vulnérables

Les groupes vulnérables prioritaires sur le plan sanitaire sont représentés par les femmes, les enfants, les jeunes, les handicapés et les personnes âgées au regard du bas niveau des indicateurs qui caractérisent leur état de santé. Il s'agira d'élaborer des programmes intégrés ou d'améliorer ceux qui existent et de veiller à leur mise en œuvre .

4.4.7. Renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé

- Adaptation de la mission du ministère de la santé à sa vision du système de santé

Notre vision du système national de santé étant un système de santé performant, il s'agira de rendre le ministère de la santé capable de remplir efficacement sa mission. Pour ce faire, il faudra redéfinir les attributions du ministère, le réorganiser, renforcer ses fonctions de planification et d'appui du niveau central aux autres structures, approfondir les réformes en cours et mettre en place des mécanismes appropriés de coordination intra sectorielle.

- Renforcement des capacités en gestion et en plaidoyer du ministère de la santé

Les capacités en gestion et en plaidoyer actuelles du ministère de la santé sont faibles. Il s'agira d'utiliser de façon rationnelle les compétences disponibles et de développer les compétences en gestion et en plaidoyer du personnel de santé à tous les niveaux du système.

- Renforcement du cadre juridique

Pour corriger les insuffisances des textes législatifs et réglementaires qui régissent l'organisation et le fonctionnement du département, il sera nécessaire de procéder à une relecture des textes existants, de combler les vides juridiques et de veiller au respect et à l'application des textes.

- Amélioration de la coordination des interventions des partenaires dans le secteur de la santé

Les faiblesses constatées dans la coordination des interventions des partenaires diminuent l'impact de leurs apports dans le développement sanitaire. Aussi, la mise en œuvre de cette stratégie intégrera-t-elle les actions suivantes : promouvoir l'approche sectorielle du financement de la santé, impliquer les partenaires dans la planification, renforcer les cadres de concertation et les mécanismes de suivi et d'évaluation des interventions des partenaires aux différents niveaux du système de santé.

- Renforcement de la collaboration intersectorielle

Les problèmes de santé sont essentiellement de nature multisectorielle, ce qui nécessite l'intervention d'autres secteurs de développement pour leur résolution alors que la coordination des actions ayant un impact sur la santé est faible. Désormais, le département associera davantage les secteurs connexes et notamment les services de santé des forces armées, aux actions de développement sanitaire par la mise en place de cadres appropriés de concertation, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des actions intersectorielles à tous les niveaux du système de santé. En outre, il apportera son appui aux autres secteurs ayant des actions de santé.

- Harmonisation de la décentralisation du système de santé avec la décentralisation administrative

La décentralisation administrative est la base de toute décentralisation technique comme celle de la santé. La décentralisation du système de santé ayant précédé celle de l'administration, le ministère de la santé devra procéder à une harmonisation des points de discordance, notamment sur le plan géographique et dans le domaine gestionnaire. Pour ce faire, il faudra développer des mécanismes efficaces de concertation intersectorielle à chaque niveau du système de santé et mettre en œuvre les dispositions des Textes d'Orientation sur la Décentralisation (TOD) relatives aux secteurs sociaux.

V. Conditions de mise en œuvre

5.1. Analyse des contraintes

Les contraintes de mise en œuvre de la Politique Sanitaire Nationale sont essentiellement d'ordre économique et socio-culturel liées à la pauvreté, au bas niveau d'éducation des populations et à la persistance de pratiques néfastes à la santé.

Par ailleurs la résolution des problèmes de santé est complexe du fait de leur caractère multisectoriel .

5.2. Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la Politique Sanitaire Nationale nécessitera une coordination intrasectorielle et une coordination des différentes interventions dans le secteur de la santé. Elle nécessitera également une collaboration multisectorielle, notamment avec les autres départements ministériels, les ONGs /Associations et la société civile.

Un changement des comportements et une adhésion de tous les acteurs seront indispensables.

En outre, il faudra un engagement national au plus haut niveau et la dynamisation du Conseil Supérieur de la Santé.

5.3. Mécanismes de suivi et d'évaluation

La Politique Sanitaire Nationale du Burkina Faso sera mise en œuvre à travers des plans de développement sanitaires sous la conduite du ministère chargé de la santé et sous l'autorité du Gouvernement.

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre seront assurés par le Conseil Supérieur de la Santé.