

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



**POLITIQUE NATIONALE
DE SANTE**

2011

A handwritten signature in blue ink is located at the bottom center of the page.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. CONTEXTE GENERAL	2
II. SITUATION SANITAIRE	3
2.1. Etat de santé des populations	3
2.2. Forces, faiblesses et défis du système national de santé	4
2.2.1. Leadership et gouvernance	5
2.2.2. Prestations de services et de soins	6
2.2.3. Ressources humaines pour la santé	7
2.2.4. Médicaments, consommables médicaux et vaccins	8
2.2.5. Infrastructures, équipements et matériels	8
2.2.6. Information sanitaire	9
2.2.7. Recherche pour la santé	10
2.2.8. Financement de la santé	10
2.3. Problèmes prioritaires du système national de santé	12
III. ORIENTATIONS NATIONALES EN MATIERE DE SANTE	13
3.1. Vision	13
3.2. Fondements, valeurs et principes	13
3.3. But de la Politique nationale de santé	14
3.4. Orientations stratégiques	14
3.5. Résultats attendus de la mise en œuvre de la Politique nationale de santé	21
IV. MISE EN ŒUVRE	21
4.1. Cadre de mise en œuvre	21
4.2. Conditions de succès	21
4.3. Contraintes	22
4.4. Menaces	22
4.5. Suivi et évaluation	22



PREAMBULE

En 2000, la communauté internationale a adopté la Déclaration du millénaire et les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies, fixant 2015 comme date butoir pour atteindre les cibles. Trois des huit OMD sont directement liés à la santé. Il s'agit des OMD 4, 5 et 6 formulés respectivement comme suit : réduire la mortalité infantile ; améliorer la santé maternelle ; et combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

Les pays de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont fait la preuve de leur engagement à réaliser les OMD liés à la santé, notamment à travers la Déclaration d'Abuja en 2001 des Chefs d'Etats et de gouvernement de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'ouest invitant les pays d'allouer au moins 15 % du budget de l'Etat au secteur de la santé et la Déclaration de Ouagadougou en 2008 sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique.

Le gouvernement burkinabè, convaincu que la santé est au cœur du développement, en a fait un des secteurs prioritaires. Naturellement, après la première génération de politique sanitaire nationale et du plan national de développement, adoptés respectivement en 2000 et 2001, un processus participatif et inclusif a permis après une analyse approfondie de la situation sanitaire de disposer d'une politique nationale de santé.

La vision de cette politique découle de celle énoncée dans l'étude nationale prospective «Burkina 2025» : «une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale». De cette vision, celle de la santé se décline ainsi comme étant le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant.

La politique nationale de santé, qui s'appuie sur des fondements, des valeurs et des principes, donne incontestablement les grandes orientations stratégiques du gouvernement en matière de santé pour les prochaines années.

Sa mise en œuvre se fera à travers des plans décennaux de développement sanitaire sous la conduite du ministère chargé de la santé et sous l'autorité du gouvernement.

Outre, un engagement politique au plus haut niveau de l'Etat, un leadership affirmé du gouvernement, un respect des valeurs et des principes ainsi qu'une adhésion de tous les acteurs, le succès de la mise en œuvre de la politique nationale de santé sera tributaire d'une mise en place effective de mécanismes adéquats de suivi, d'évaluation et de coordination des différentes interventions de santé. Cela nécessitera également une collaboration notamment avec les autres départements ministériels, le secteur privé, la société civile, les ONGs et associations eu égard à la complexité des problèmes de santé et au caractère multisectoriel et multidisciplinaire des solutions à y apporter.

Le Ministre de la santé

Pr Adama TRAORE./-
Chevalier de l'ordre national

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ASC	Agent de santé communautaire
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CPN	Consultation prénatale
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DRS	Direction régionale de la santé
EDS	Enquête démographique et de santé
ENP	Etude nationale prospective
IDH	Indice de développement humain
IST	Infection sexuellement transmissible
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RHS	Ressources humaines pour la santé
SNIS	Système national d'information sanitaire
SONU	Soins obstétricaux néonataux d'urgence
UA	Union africaine
VAA	Vaccin anti amaril
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VAT	Vaccin anti tétanique
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise

VA

INTRODUCTION

Le système national de santé du Burkina Faso s'est construit progressivement depuis les années 1960 à travers plusieurs réformes dont l'une des plus importantes est la mise en place du système de santé de district. Ces réformes ont été opérées pour accroître la performance du système de santé, le gouvernement étant convaincu que la santé est une composante déterminante du développement.

Compte tenu des changements importants intervenus dans le monde et plus particulièrement dans la région africaine et au plan national, il s'est avéré nécessaire de réviser la politique sanitaire nationale adoptée en 2000 afin d'impulser une nouvelle dynamique au développement sanitaire national.

La révision de cette politique a été réalisée selon un processus participatif dont les principales étapes sont :

- i) l'analyse de la situation sanitaire nationale et sa validation par l'ensemble des parties prenantes au développement sanitaire,
- ii) l'élaboration d'un projet de politique nationale de santé par un comité technique appuyé par les partenaires techniques et financiers, amendé ensuite par l'ensemble des acteurs du système de santé,
- iii) la validation du document par le comité de pilotage du processus, et enfin
- iv) son adoption par le gouvernement.

La vision du gouvernement en matière de santé se décline comme étant le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population.

La politique nationale de santé définit les grandes orientations nationales en matière de santé. Son but est de contribuer au bien-être des populations. L'impact attendu de la mise en œuvre de cette politique est la réduction significative des charges de morbidité et de mortalité générales et spécifiques au sein de la population à travers l'implication de tous les secteurs et de tous les acteurs du développement économique et social du Burkina Faso.

I. CONTEXTE GENERAL

L'évolution de la situation dans le monde est marquée dans de nombreux pays par d'importants progrès enregistrés en matière de santé. Toutefois, plusieurs crises (alimentaire, énergétique, financière et les changements climatiques) sont venues annihiler en partie les efforts de ces pays et réduire la portée des progrès. C'est dans ce contexte que les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), auxquels le Burkina Faso a souscrit, ont été adoptés pour accélérer la marche des Etats vers le progrès social et économique.

Dans le domaine du développement sanitaire, le rapport sur la santé dans le monde 2008 de l'OMS indique que globalement, des progrès ont été réalisés dans la baisse des morbidités et des mortalités, l'accessibilité aux produits de santé, l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux soins prénataux. En dépit de tous ces progrès, ce rapport souligne que, «aujourd'hui, les populations ont été laissées à la traîne et le sentiment qui prévaut est que des occasions ont été manquées...». C'est pourquoi l'OMS, à travers ce rapport mondial, considère que le renforcement des Soins de santé primaires (SSP) constitue la stratégie la mieux adaptée «maintenant plus que jamais», pour surmonter efficacement les défis en rapport avec la mondialisation. C'est dans ce contexte qu'a été adoptée en 2008 la Déclaration de Ouagadougou sur les SSP et les systèmes de santé en Afrique.

Au plan national, le Burkina Faso, pays sahélien enclavé, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest sur une superficie de 274 200 km², est caractérisé par trois zones climatiques (sahélienne, nord soudanienne et sud soudanienne) avec un climat de type tropical comprenant une longue saison sèche et une courte saison pluvieuse. Avec un fort taux d'accroissement démographique d'environ 3,1% par an¹, la population qui était de 14 017 262 habitants en 2006 est estimée à 15 730 977 habitants² en 2010. La population est très jeune car les moins de 15 ans représentent plus de 46%. Les femmes représentent 51,7% de la population totale. Environ 77,30% de la population vit en milieu rural. Le taux brut de natalité est estimé à 46,0 ‰, celui de la mortalité générale à 11,8 ‰ et l'espérance de vie à la naissance à 56,7 ans. L'indice synthétique de fécondité est de 6,2. Le Burkina Faso est aussi un pays de fortes migrations internes et surtout externes.

L'économie du pays qui repose sur l'agriculture, reste par ailleurs marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externes (prix de l'énergie et volatilité des prix pour les produits alimentaires). Avec un revenu par habitant de 300 \$ US par an, le Burkina fait partie des pays les moins avancés. Selon le dernier rapport du PNUD sur le développement humain, Il occupe le 161^{ème} rang sur 169 pays avec un IDH de 0,305 en 2010. S'agissant des finances publiques, le niveau de pression fiscale reste faible malgré l'amélioration des recettes propres. Il est de 13% contre une norme communautaire de 17%.

¹ RGPH 2006

² INSD(2008), le Burkina en chiffre

TA

En 2008, la facture pétrolière a lourdement pesé sur les capacités d'importation du pays, avec 25,8% des importations tandis que la part des produits alimentaires a représenté 12,5%. L'emploi est marqué par la prédominance du secteur agricole et du secteur informel.

En matière de lutte contre la pauvreté, les performances macroéconomiques récentes ne se sont pas traduites par une réduction substantielle de la pauvreté et des inégalités. L'incidence de la pauvreté estimée à 46,5% en 2003 était encore à 42,8% en 2008.

En dépit de ces faibles progrès en ce qui concerne la réduction de la pauvreté monétaire, des progrès substantiels ont été enregistrés dans les secteurs sociaux, notamment la santé y compris la lutte contre le VIH et le Sida, l'éducation et l'accès à l'eau potable.

Dans les domaines politique et institutionnel, le Burkina Faso a renoué avec le constitutionnalisme en 1991 qui consacre un Etat démocratique, unitaire, laïc et avec le multipartisme, dans un environnement redevenu favorable aux réformes, à la mise en œuvre des actions de développement que facilite une stabilité politique depuis deux décennies.

Le pays s'est doté de référentiels stratégiques tels que l'Etude nationale prospective (ENP) "Burkina 2025", la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) ainsi que le Schéma national d'aménagement du territoire (SNAT).

La vision pour le Burkina Faso, énoncée dans l'ENP "Burkina 2025", traduit les ambitions de développement que le pays se fixe pour le long terme, à savoir le défi de faire du Burkina Faso un pays émergent.

II. SITUATION SANITAIRE

2.1. Etat de santé des populations

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et à l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles. Aussi, la mortalité reste-t-elle encore élevée.

En matière de lutte contre les maladies transmissibles, des résultats importants ont été obtenus au cours des dix dernières années. Il s'agit, entre autres, de la réduction de la létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans qui est passée de 12% en 2000 à 3,3% en 2009. Concernant la tuberculose, le taux de succès au traitement est passé de 64% en 2004 à 76,20% en 2009. Cependant, la tuberculose et le paludisme demeurent encore des problèmes de santé publique. Dans le domaine de la vaccination de routine, les couvertures vaccinales administratives ont augmenté de façon significative entre 2000 et 2009, soit respectivement de 80% à 100%, de 57% à 100%, de 59% à 95% et de 56% à 95% pour le BCG, le DTC3, le VAR et le VAA ; en outre, il y a eu l'introduction de deux nouveaux vaccins (hépatite B et hemophilus influenzae B). Pour ce qui est de la nutrition, la prévalence globale de la malnutrition aiguë révélée par l'enquête « Standardize monitoring assessment of relief and transitions (SMART) » de septembre 2010 était de 11% contre 21% en 2003.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, les principales actions ont concerné la prévention, la surveillance, la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) marquée par la gratuité des ARV depuis janvier 2010. Le taux de séroprévalence du VIH a fortement baissé passant de 4,8% en 2001 à 1,2% en 2010³.

Par contre, les maladies non transmissibles sont en augmentation. Elles regroupent, entre autres, les affections cardio-vasculaires, les troubles et maladies mentales, les maladies métaboliques comme le diabète, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers. En dépit des résultats obtenus, de nombreux défis restent à relever, notamment au niveau du renforcement des capacités des programmes existants de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies complémentaires. De plus, les accidents de la voie publique prennent de l'importance en tant que problème de santé publique avec un fardeau de plus en plus lourd en termes de mortalité, de morbidité y compris les handicaps et des conséquences socio-économiques.

Dans le domaine de la mortalité, bien que celle-ci ait baissé, la situation sanitaire reste caractérisée par un taux de mortalité générale et des taux de mortalités spécifiques élevés; le taux brut de mortalité est de 11,8 pour mille, le taux de mortalité infantile de 91,7 pour mille naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 141,9 pour mille naissances vivantes⁴.

Le ratio de mortalité maternelle est de 307,3 pour 100 000 naissances vivantes (il était de 484 pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS 1998). La mortalité intra-hospitalière des mères est passée de 257 pour 100 000 parturientes en 2004 à 212 en 2007⁵. Toutefois, la morbidité et la mortalité pourraient connaître une augmentation dans les années à venir compte tenu du double fardeau épidémiologique si des mesures énergiques n'étaient pas mises en œuvre.

Au total, la situation sanitaire du Burkina Faso a connu une amélioration certaine ces dernières années ; ainsi l'espérance de vie à la naissance est passée de 36,7 ans en 1960 à 57 ans en 2008, soit une augmentation de 20,3 ans.

Ces phénomènes de santé s'expliquent par l'existence de nombreux déterminants dont ceux liés à l'environnement (social, économique et physique), les facteurs biologiques, les habitudes de vie et les capacités d'adaptation, l'impact de la croissance démographique sur le secteur de la santé.

2.2. Forces, faiblesses et défis du système national de santé

L'analyse du système national de santé, basée sur les piliers définis par l'OMS, a permis d'identifier ses forces et ses faiblesses.

³ ONUSIDA

⁴ RGPH 2006

⁵ Annuaire statistiques Ministère de la santé

2.2.1. Leadership et gouvernance

Le leadership du ministère de la santé s'est manifesté au cours de l'exécution du PNDS 2001-2010, dans la définition de politiques et de normes, l'adoption de lois et autres conventions relatives à la santé, l'accroissement de ressources en faveur de la santé. Dans le domaine de la gouvernance, le système de santé a enregistré des progrès notables tant sur le plan organisationnel que fonctionnel.

Le système national de santé comprend les sous-secteurs sanitaires public, privé et celui de la médecine et pharmacopée traditionnelles.

Dans le sous-secteur sanitaire public, les principaux acquis sont essentiellement le renforcement de la décentralisation du système sanitaire entreprise depuis 1993 avec la mise en place du système de santé de district (63 districts en 2007), le renforcement des CMA/hôpitaux de district et le développement de la santé communautaire. La communalisation intégrale aura une répercussion majeure dans le mode de gestion du système de santé à tous les niveaux. L'implication effective de tous les acteurs dans le développement du système de santé, l'instauration des soins d'urgence, la subvention des prestations en faveur de la mère et de l'enfant, ont amélioré l'efficacité et l'utilisation des services de santé. En outre, plusieurs réformes ont été opérées telles que la réforme hospitalière y compris l'instauration de la prise en charge des urgences sans prépaiement, la réforme pharmaceutique. La mise en œuvre de la politique de contractualisation dans le secteur de la santé et le financement basé sur les résultats permettront de renforcer l'approche sectorielle, stratégie adoptée pour la mise en œuvre du PNDS.

La régulation du secteur de la santé a été améliorée grâce au renforcement des structures de contrôle à tous les niveaux du système de santé et à la collaboration avec les ordres professionnels.

Le sous-secteur sanitaire privé de soins compte plus de 300 structures composées majoritairement de structures à but lucratif (81%) et d'établissements confessionnels. Un cadre formel de concertation existe entre ce sous-secteur et le ministère de la santé.

Le ministère de la santé a intensifié son appui au sous-secteur de la « médecine traditionnelle » et de la pharmacopée nationale ces dix dernières années où environ 30 000 acteurs exercent de façon autonome. Les actes majeurs posés dans ce domaine sont l'adoption de la politique nationale avec des textes réglementant l'exercice de la profession, la mise en place d'un cadre de collaboration avec le sous-secteur sanitaire public, l'encadrement des tradipraticiens de santé et enfin, la mise sur le marché des médicaments traditionnels homologués.

Malgré ces acquis, il existe des insuffisances dans le fonctionnement des districts sanitaires urbains et ceux centrés sur un CHR, une faible capacité gestionnaire des équipes des districts et des directions régionales, une faible capacité opérationnelle de la Cellule d'appui à la décentralisation du système sanitaire dans le contexte de la communalisation intégrale, une absence de coordination du système de soins au niveau des communes et d'un dispositif adéquat de gestion des aspects sanitaires des catastrophes. En outre, le taux d'autofinancement des hôpitaux est faible, la pharmacie hospitalière n'est pas

mise en place, le médicament reste inaccessible financièrement à la majorité de la population, ce qui pourrait expliquer en partie la persistance de la vente illicite des médicaments.

Le sous-secteur sanitaire privé se développe sans schéma directeur. Il est caractérisé par une insuffisance d'application des textes juridiques et un non respect des normes relatives aux prestations de services.

Le sous-secteur traditionnel de soins n'est pas structuré et la pratique y est généralement individuelle.

Dans le domaine du leadership et de la gouvernance, les défis majeurs à relever sont, la régulation et la normalisation dans le secteur, l'amélioration de la collaboration intersectorielle et de la coordination des interventions et le renforcement du système national de santé dans le contexte de la communalisation intégrale.

2.2.2. Prestations de services et de soins

Les prestations de services et de soins ont connu une amélioration notable au cours de la décennie écoulée; en témoignent l'offre du paquet minimum d'activités standard dans tous les CSPS fonctionnels, la hausse des indicateurs d'utilisation des services (0,21 nouveaux contacts par habitant et par an en 2001 à 0,56 en 2009), la couverture en CPN2 (de 57,4% en 2006 à 73,82% en 2009), le taux des accouchements assistés dans les formations sanitaires périphériques (de 34% en 2001 à 70,7% en 2009), les couvertures vaccinales pour tous les antigènes, sont à 100% sauf pour le VAA, VAR et VAT2 qui se situent néanmoins au-delà de 90%, le taux de prévalence contraceptive à 28,17% en 2008. La PCIME clinique couvre 86% des formations sanitaires, la PTME/VIH est mise en œuvre dans 85% des formations sanitaires en 2009. Les services de prévention de l'infection à VIH et de la prise en charge globale des PvVIH ont été améliorés durant la période 2006-2010, notamment grâce à l'instauration de la subvention des ARV.

Des interventions spécifiques ont été développées en faveur des groupes vulnérables (mères, enfants, jeunes, personnes âgées, ...).

Dans le domaine de la santé communautaire, l'adoption de la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé constitue une avancée significative pour une meilleure participation des communautés à la prise en charge de leur santé.

En matière de nutrition, les interventions ont été mieux organisées à partir de 2002. Un plan stratégique de nutrition 2010-2015 est mis en œuvre et les activités de nutrition sont effectivement intégrées dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires.

Par ailleurs, le sous-secteur sanitaire privé de soins joue un rôle appréciable dans l'offre de soins notamment en milieu urbain.

Malgré ces acquis, des insuffisances subsistent dans la qualité et l'utilisation des services, dans la sécurisation de l'approvisionnement en produits contraceptifs, de réactifs et anesthésiques. On note aussi un faible développement de la PCIME communautaire, une dépendance de la PTME/VIH aux financements des partenaires techniques et financiers, une inégale répartition de l'offre de services

en matière de VIH et SIDA, une absence de politique nationale de services à base communautaire, une faible prise en compte des activités de nutrition dans les plans d'action des districts.

En matière de prestations de services, les défis majeurs se rapportent à l'amélioration de la qualité des services et des soins, au renforcement des soins de santé communautaire, à la consolidation des acquis de la lutte contre le VIH et le SIDA et au renforcement de l'offre de soins pour les différents groupes de population, notamment les plus vulnérables.

2.2.3. Ressources humaines pour la santé

En matière de ressources humaines, les effectifs des personnels de santé se sont accrus régulièrement au cours de la décennie atteignant 18 903 agents de la fonction publique en 2009. Globalement, le nombre de personnels spécialistes a considérablement augmenté. Les ratios personnel/habitants se sont améliorés ; en outre, 83,2% des CSPS remplissent les normes minimales en personnels en 2009.

Le sous-secteur sanitaire privé dispose d'un personnel permanent mais utilise aussi des spécialistes à temps partiel.

La gestion des ressources humaines pour la santé (RHS) a connu une amélioration notable : début d'informatisation, élaboration et actualisation des instruments législatifs, réglementaires et de gestion, réorganisation de la gestion dans les services déconcentrés. Par ailleurs, des mesures de motivation ont été mises en œuvre en faveur des personnels.

La répartition des personnels s'est améliorée grâce à une meilleure application des textes régissant les affectations et à une régionalisation des recrutements de certaines catégories de personnels.

Les capacités des institutions de formation publiques et privées des personnels de santé se sont accrues. Celles-ci forment différents profils de personnels y compris certains spécialistes. La formation de médecins en chirurgie essentielle et en gestion des districts contribue à l'opérationnalisation des districts sanitaires.

La formation continue des personnels sur le terrain est organisée par les responsables des différents niveaux du système de santé.

Malgré ces acquis, des insuffisances persistent. Il s'agit notamment de l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel, la faible motivation des agents, l'inégale répartition des personnels de santé surtout entre les milieux urbain et rural. Les défis à relever sont la mise à la disposition du système de santé des RHS adéquates en quantité et en qualité, leur gestion plus rationnelle en maîtrisant les paramètres de répartition et de motivation et enfin, l'amélioration des formations initiale et continue.

2.2.4. Médicaments, consommables médicaux et vaccins

Ces dernières années, la disponibilité et l'accessibilité des produits de santé se sont améliorées significativement à travers la mise en œuvre du PNDS 2001-2010. Le système de distribution des médicaments a été renforcé par la déconcentration de la CAMEG, son ouverture au secteur privé, la fixation annuelle et la surveillance étroite des prix des médicaments. L'assurance qualité des produits de santé s'est améliorée par la mise en œuvre d'un système national de surveillance des effets indésirables des produits de santé à partir de 2008. En outre, la promotion de l'usage rationnel du médicament est effective à travers l'utilisation d'outils normatifs.

Dans le domaine de la médecine et pharmacopée traditionnelles, il existe une production artisanale et semi-industrielle des médicaments à base de plantes avec la mise sur le marché de médicaments homologués. L'amélioration du système de gestion des vaccins se traduit par l'absence de rupture en vaccins et consommables.

Concernant les produits sanguins, leur disponibilité a été améliorée à travers le centre national et les centres régionaux de transfusion sanguine, les banques de sang et laboratoires de certains services hospitaliers.

Les faiblesses constatées portent essentiellement sur l'insuffisance de coordination des filières d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques dans le secteur de la santé, l'absence d'une stratégie adéquate en matière de production pharmaceutique locale, les insuffisances dans l'utilisation des outils de gestion du Programme élargi de vaccination et la faiblesse du système de gestion des déchets issus de la vaccination sur le terrain. De plus, la production des produits sanguins labiles demeure insuffisante.

Les défis résident dans la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale révisée, une meilleure coordination des systèmes d'approvisionnement des médicaments, le renforcement des capacités du centre national de transfusion sanguine et de ses démembrements ainsi que le renforcement de l'immunisation universelle.

2.2.5. Infrastructures, équipements et matériels

Les infrastructures, équipements et matériels des services de santé ont connu un développement notable à tous les niveaux.

Le nombre de CSPS a augmenté, ce qui explique l'amélioration du rayon moyen d'action théorique des CSPS qui est passé de 9,18 km en 2001 à 7,49 Km en 2009. Le ratio habitant par CSPS est passé de 14177 habitants en 2001 à 9835 habitants en 2009.

Plusieurs structures hospitalières ont été renforcées. Ainsi, les CHR de Kaya et de Banfora ont été reconstruits sur de nouveaux sites tandis que ceux de Tenkodogo et de Ouahigouya sont en cours de reconstruction. Par ailleurs, le processus de construction des CHR de Manga et de Ziniaré ainsi que celui des hôpitaux de district de Bittou et de Pouytenga ont été amorcés. En 2010, le

Centre hospitalier national Blaise COMPAORE de 600 lits a été inauguré. Les services de maintenance existent au niveau des régions sanitaires et de certains districts.

Toutefois, il existe d'énormes disparités en matière de couverture sanitaire aussi bien entre les régions sanitaires qu'à l'intérieur des régions. Dans le domaine de la maintenance, il existe une insuffisance de ressources humaines qualifiées, de matériels et de financement. Du reste, il n'existe pas une politique en matière d'équipement et de maintenance pour le secteur de la santé.

Les défis auxquels il faudra s'attaquer sont notamment, l'amélioration de l'accessibilité géographique des populations aux services de santé et la mise en œuvre d'une politique d'équipement et de maintenance dans le secteur de la santé.

2.2.6. Information sanitaire

Dans le domaine de l'information sanitaire, des progrès ont été réalisés. Ainsi, les capacités institutionnelles et organisationnelles ont été renforcées à travers la création de la Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS).

Les ressources humaines du Système national d'information sanitaire (SNIS) ont augmenté sensiblement en quantité et en qualité.

Les principaux produits issus de la collecte et du traitement des données ont connu une amélioration notable depuis quelques années (annuaires statistiques, tableau de bord, bulletin d'épidémiologie et d'information sanitaire, comptes nationaux de la santé, rapports de progrès, ...).

Le financement des activités du SNIS a été amélioré par l'augmentation sensible de la part de l'Etat. Le service central de documentation du Ministère de la santé est informatisé et le processus de décentralisation est en cours.

En dépit de ces progrès, la coordination des activités reste insuffisante, l'utilisation des données de l'information sanitaire est faible, les données de populations ne sont pas bien maîtrisées et les données communautaires sont faiblement prises en compte; la collaboration entre le SNIS et les structures produisant des données démographiques d'une part et d'autre part entre le système national de recherche pour la santé est limitée.

Enfin, en matière de documentation, on constate un accroissement de plus en plus important de la masse d'archives non organisées dans les différents services rendant leur exploitation difficile.

Le défi majeur à relever est l'amélioration de l'efficacité du système d'information sanitaire pour le rendre capable de soutenir la planification et la gestion des problèmes de santé des populations, de maîtriser les données relatives aux OMD en particulier et d'intégrer effectivement les technologies de l'information et de la communication pour accroître les performances du système national de santé.

2.2.7. Recherche pour la santé

Le département de la santé accorde depuis quelques années une importance au développement de la recherche pour la santé. En termes d'acquis, c'est essentiellement l'amélioration de la coordination des activités au sein des services de santé à travers le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles. Il s'agit essentiellement de la création d'une structure de coordination au niveau de la Direction des études et de la planification, le renforcement et la création de structures de recherche (centre Muraz, centre national de recherche et de formation sur le paludisme, centre de recherche en santé de Nouna, ...).

Le développement de toutes ces institutions s'est accompagné par l'adoption de textes d'orientation et de planification, ainsi que de textes portant création et fonctionnement des organes de régulation des questions d'éthique (comités d'éthique institutionnel et comité d'éthique de la recherche pour la santé) et le plan national de développement de la recherche pour la santé 2011-2020. L'allocation de ressources financières aux institutions de recherche par le budget de l'Etat et la création du fonds d'appui à la recherche en santé (FARES) ont permis d'améliorer les capacités de financement de la recherche pour la santé.

La situation des personnels de recherche pour la santé se caractérise par une progression notable des effectifs.

Concernant les mécanismes de gestion de la recherche et de diffusion des résultats de la recherche, les centres de recherche dans leur quasi-totalité disposent de conseils scientifiques qui ont essentiellement un rôle consultatif. Il existe des mécanismes de diffusion et d'utilisation des résultats qui sont constitués principalement par le forum national sur la recherche scientifique et les innovations technologiques, les Journées des sciences de la santé de Bobo-Dioulasso et les journées scientifiques de Nouna, l'agence nationale pour la valorisation de la recherche, l'initiative EVIP/Net (Evidence policy network).

Malgré ces acquis, il subsiste des insuffisances. En effet, les activités de recherche au sein des services de santé restent insuffisamment coordonnées, les politiques et les pratiques en rapport avec le contrôle, la réglementation et l'évaluation éthique de la recherche sont insuffisantes ; il persiste une insuffisance de personnels dans ce domaine multidisciplinaire et complexe et de financement de la recherche. Enfin, l'absence de statut pour les chercheurs relevant du ministère de la santé constitue une préoccupation réelle.

Le défi majeur à relever reste le développement d'une culture de recherche pour faire de la recherche un outil du développement socio-sanitaire à travers le renforcement du processus de prise de décision basé sur les évidences et les expériences disponibles dans la définition des politiques de santé.

2.2.8. Financement de la santé

La mise en œuvre du PNDS 2001-2010 a mis l'accent sur la réduction de la barrière financière à l'accès aux soins, notamment à travers l'amélioration de l'efficacité des services de santé et la promotion des mécanismes de partage des risques en matière de santé.

Au titre des forces, on retient la diversification des sources de financement et l'augmentation progressive du volume de financement. En effet, en matière de financements publics, le budget du Ministère de la santé exprimé en FCFA était de 76 milliards en 2007, 83 milliards en 2008 et 93 milliards en 2009, soit respectivement 9,66%, 10,80% et 11,54% du budget de l'Etat hors dettes et hors dépenses communes interministérielles. La part du budget de la santé⁶ par rapport au budget de l'Etat est passée de 11,61% en 2007 à 15,46% en 2009. S'agissant des ressources publiques allouées à la santé, il ressort des comptes nationaux de santé qu'elles ont évolué de façon croissante entre 2003 et 2008, passant de 35 milliards FCFA en 2003 à 79,56 milliards FCFA en 2008. En valeur relative, les parts des financements publics par rapport aux dépenses nationales de santé sont passées de 25,5% en 2003 à 31,3% en 2008.

Concernant les financements privés, la part contributive des ménages au financement des dépenses totales de santé est passée de 49,8% en 2003 à 38,4% en 2008. Par ailleurs, le secteur de la santé bénéficie d'un apport relativement important des ONG et des associations.

Les financements extérieurs constituent la troisième source de financement de la santé après l'Etat et les ménages.

En outre, les mesures de gratuité et de subvention de certaines prestations, la mise en œuvre des programmes de filets sociaux de sécurité ainsi que les alternatives de financement et autres initiatives novatrices (Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, Partenariat international pour la santé et initiatives connexes, harmonisation pour la santé en Afrique...) constituent des acquis importants.

Il existe d'autres points forts tels, l'utilisation d'un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) sectoriel et de l'outil budgétisation marginale pour lever les goulots d'étranglement (MBB), l'existence d'un panier commun pour le financement des plans d'actions des différentes structures du Ministère de la santé, la mise en œuvre de la politique de financement de la santé, la réalisation des audits financiers globaux des structures déconcentrées et les audits des projets et programmes de développement.

Cependant, le financement de la santé demeure dépendant de l'aide extérieure et globalement insuffisant ; ainsi, la dépense de santé par habitant est en deçà des 30 à 40 \$US que recommande l'OMS. En outre, on note une faible couverture en protection sociale, le dispositif formel ne couvrant qu'environ 11% de la population et le dispositif informel 1% ; par ailleurs, on note une faible maîtrise de l'ensemble des ressources financières allouées au secteur de la santé.

Les défis majeurs sont essentiellement, l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé en particulier les plus pauvres, ainsi que l'efficacité de la dépense et la gestion rationnelle des ressources allouées à la santé.

⁶ Il s'agit de la santé au sens large.

2.3. Problèmes prioritaires du système national de santé

Les problèmes prioritaires issus de l'analyse de la situation sanitaire nationale relèvent des domaines ci-après :

- **La gouvernance et le leadership**

Dans ce domaine, les problèmes se rapportent à la collaboration intersectorielle et la coordination des interventions, à la régulation et la normalisation dans le secteur de la santé, à la lutte contre la corruption, à la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé et à la planification dans le secteur de la santé.

- **Les prestations de santé**

Il s'agit notamment de problèmes relevant de l'organisation et du fonctionnement des services de santé, de la qualité des services et des soins de santé dans les formations sanitaires, des soins de santé communautaire, de la lutte contre le VIH et le SIDA, de l'offre de services de santé en faveur des différents groupes de populations et surtout les plus vulnérables.

- **Les ressources humaines pour la santé**

Il s'agit principalement de problèmes liés à la satisfaction des besoins en ressources humaines en quantité et en qualité ainsi qu'à leur gestion.

- **Les médicaments, consommables médicaux et vaccins**

Il s'agit essentiellement de problèmes liés à la couverture des besoins en produits de santé, à la coordination des filières d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques ainsi qu'à la qualité et sécurité sanitaire des aliments.

- **Les infrastructures, équipements médicaux, logistique et maintenance**

Les problèmes se rapportent à la couverture en infrastructures, aux équipements médicaux, à la logistique ainsi que la maintenance.

- **Le système d'information sanitaire**

Dans ce domaine, le problème prioritaire est en rapport avec la gestion des données du système d'information sanitaire.

- **La recherche pour la santé**

Les problèmes prioritaires sont relatifs surtout à la diffusion et l'utilisation des résultats de recherche dans le processus de prise de décision et à la coordination de la recherche au sein des services de santé.

- **Le financement de la santé**

Les problèmes concernent surtout le volume et les mécanismes du financement de la santé et la gestion des ressources financières allouées à la santé.

Au total :

- un état de santé de la population caractérisé par une forte charge de morbidité et une surmortalité chez la mère et l'enfant ;
- une faible performance du système de santé en termes de gouvernance et de prestations de services ;
- des ressources humaines caractérisées par leur insuffisance en quantité et en qualité et leur gestion peu performante ;
- des équipements, infrastructures et produits de santé caractérisés par leur insuffisance en couverture des besoins ;
- une qualité et sécurité sanitaire des aliments peu satisfaisantes ;
- une recherche pour la santé insuffisamment coordonnée et une faible utilisation des résultats pour la prise de décision ;
- une gestion peu performante du système d'information sanitaire ;
- un financement insuffisant de la santé et une gestion peu rationnelle des ressources allouées.

III. ORIENTATIONS NATIONALES EN MATIERE DE SANTE

3.1. Vision

La vision de la santé découle de la vision pour le Burkina Faso énoncée dans l'Etude nationale prospective Burkina 2025 : «une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale ». Cette vision de la santé se décline comme étant le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant.

3.2. Fondements, valeurs et principes

La Constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental, droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Par conséquent, il incombe à l'Etat de formuler et de mettre en œuvre une politique nationale de santé pertinente et cohérente tenant compte des réalités nationales et du contexte international.

La politique nationale de santé repose également sur les engagements du gouvernement vis-à-vis de la communauté internationale de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé tels que 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 Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la plate-forme de Beijing, la Déclaration du millénaire pour le développement, la Déclaration des Chefs d'Etat de l'UA sur «la santé, base du développement» et sur le SIDA, la Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement, la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, la Déclaration du forum mondial de Bamako

sur la recherche et le développement, la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique.

Au plan national, le pays a adopté des textes et politiques traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations et qui sont, entre autres, le Code de la santé publique, le Code des personnes et de la famille, le Code de l'environnement et de l'eau, la politique nationale genre, la politique nationale Population, la loi sur la santé de la reproduction et celle relative à l'infection à VIH.

Les valeurs qui sous-tendent la présente politique nationale de santé sont : l'équité, la justice sociale, la solidarité, l'obligation de rendre compte, l'éthique, la probité, le respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des usagers, le droit des populations à l'information sur la santé ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance.

Le Burkina Faso adhère aux principes des soins de santé primaires qui sont, entre autres, l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience des soins de santé, la réactivité des services de santé, l'accès universel aux soins, la coordination et la collaboration intersectorielles, la participation individuelle et collective.

3.3. But de la politique nationale de santé

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

3.4. Orientations stratégiques

Orientation stratégique 1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé

Le développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé concernera les capacités institutionnelles et organisationnelles du système de santé, la régulation des pratiques et la lutte contre la corruption, le processus de planification, la collaboration intersectorielle et la coordination des interventions.

Le ministère de la santé étant responsable de la santé au sein du gouvernement, il se doit d'exercer un leadership fort pour impulser une dynamique au développement sanitaire. A ce titre, il apparaît nécessaire de renforcer son leadership dans la définition des politiques, l'élaboration de normes et de directives, l'instauration d'un climat favorable au développement du système de santé, la coordination efficace des interventions liées à la santé et la collaboration intersectorielle dans le secteur. De plus, la culture du leadership sera développée chez les responsables sanitaires aux différents niveaux du système de santé.

Pour promouvoir la bonne gouvernance sectorielle, il apparaît nécessaire de créer des mécanismes qui instaurent l'obligation de rendre compte de la gestion des affaires publiques dans une vision de transparence. Aussi, les performances du système national de santé en matière de bonne gouvernance feront-elles l'objet d'évaluations systématiques pour mesurer les progrès accomplis.

Concernant le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles du système de santé, il s'agira d'améliorer le cadre organique du ministère de la santé et particulièrement les capacités gestionnaires pour les adapter à sa vision et à sa mission. Par ailleurs, les capacités opérationnelles des districts sanitaires seront renforcées afin de les rendre plus performants. L'organisation de la santé en milieu urbain sera restructurée pour répondre aux besoins de santé des populations. Pour ce faire, il sera créé dans chaque commune rurale, un centre médical géré par un médecin afin d'améliorer l'offre de services, la coordination et le suivi des activités de santé dans ces communes. En outre, un accent particulier sera mis sur les interventions de santé au niveau communautaire. Pour répondre aux exigences de la communalisation intégrale, les personnels de santé et les agents de l'administration locale seront outillés afin de s'approprier les changements qui surviendront dans la gestion des services de santé.

La collaboration intersectorielle et la coordination seront améliorées à travers l'approfondissement du dialogue sectoriel, la dynamisation du partenariat avec les autres secteurs de développement. Compte tenu de l'importance des sous-secteurs sanitaires privé et traditionnel, il sera nécessaire d'améliorer la contribution et la coordination des interventions de ces deux sous secteurs.

Concernant la régulation des pratiques et la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé, il importe d'une part, d'améliorer le cadre législatif et réglementaire et d'autre part, de renforcer le système d'inspection et de contrôle ainsi que l'application des textes législatifs et réglementaires existants ou d'élaborer des textes complémentaires en s'appuyant sur le droit des patients en particulier le droit à l'information. En outre, un plan sectoriel de lutte contre la corruption sera mis en œuvre conformément à la politique nationale de lutte contre la corruption.

Enfin, pour permettre au système de santé de remplir ses missions de planification, il sera indispensable d'améliorer la qualité des outils normatifs de planification, de suivi et d'évaluation à tous les niveaux du système, de renforcer les compétences des acteurs dans ce domaine. Un accent particulier sera mis sur la conduite de l'étude prospective sectorielle de santé et la promotion d'une véritable planification intégrée à tous les niveaux, ce qui permettra d'intégrer les questions environnementales, du genre et des droits humains dans les politiques, stratégies et plans du secteur de la santé.

Il s'agira également de travailler à rendre optimal le fonctionnement des organes de concertation et de suivi de la mise en œuvre des politiques, stratégies et plans de santé ; pour ce faire, l'approche sectorielle sera renforcée pour assurer une bonne coordination et harmonisation des interventions des partenaires selon les principes de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide publique au développement.

Orientation stratégique 2 : Amélioration des prestations de services de santé

L'amélioration des prestations sanitaires entre dans le cadre global de l'accès universel à des services de santé de qualité. A ce titre, il s'agira d'améliorer l'offre de services de santé en faveur des populations en général et des groupes spécifiques en particulier. Dans ce cadre, il sera délivré des paquets de prestations couvrant un éventail complet et intégré d'interventions cliniques

centrées sur le patient et de santé publique avec une consolidation du continuum de soins y compris au niveau communautaire. En outre, il sera développé des normes, protocoles et standards ainsi que des mécanismes qui assurent la redevabilité des prestataires. De même, on procédera à une rationalisation de la prescription médicale, au renforcement des plateaux techniques des structures d'offre de soins.

Par ailleurs, il sera développé un paquet de services essentiels de santé à tous les niveaux en mettant en œuvre des réformes en rapport avec la couverture universelle de soins. A cet effet, les compétences des prestataires seront renforcées. Toutes ces actions seront entreprises dans le cadre du renforcement de la mise en œuvre de la politique nationale d'assurance qualité.

S'agissant du renforcement de l'offre de services de santé en faveur des groupes spécifiques (mères, enfants, adolescents, jeunes et personnes âgées), il sera indispensable de mettre en œuvre des stratégies d'interventions à gain rapide ayant un haut impact sur l'atteinte des OMD liés à la santé ainsi que des stratégies visant la promotion des comportements à moindre risque. Les services prioritaires à renforcer, sont entre autres, la santé maternelle et infantile, la planification familiale, la nutrition, la prise en charge des PvVIH. Ainsi, des actions stratégiques intégrées seront privilégiées. En plus, il sera nécessaire de recourir à des modèles efficaces de prestations de services qui utilisent préférentiellement des systèmes d'orientation et de recours efficaces et l'intégration des services.

En matière de développement de l'offre de services de santé au niveau communautaire, il s'agira de réorganiser les interventions de santé communautaires pour répondre aux défis de la santé de l'individu, de la famille et de la collectivité. A cet effet, la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé sera révisée et mise en œuvre.

Concernant l'amélioration de l'offre de services de nutrition au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire, les actions de prise en charge et de surveillance nutritionnelle seront renforcées. Les prestations en matière de nutrition seront intégrées aux paquets d'activités des formations sanitaires.

En outre, les activités de communication pour le changement de comportement en matière de nutrition seront renforcées. Enfin, un plaidoyer sera développé pour que les interventions prioritaires de nutrition soient prises en compte dans les politiques et programmes des autres secteurs de développement du pays.

Orientation stratégique 3 : développement des ressources humaines pour la santé

La mise en œuvre de cette stratégie impliquera le renforcement de la planification, la rationalisation de la gestion et l'amélioration de la formation des ressources humaines pour la santé y compris pour le niveau communautaire.

Le renforcement de la planification consistera à l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique et d'un plan de développement des ressources humaines pour la santé. La politique de développement des ressources humaines pour la santé indiquera les orientations relatives, entre autres, aux profils à former, au recrutement, à la gestion des ressources humaines pour la santé, à la migration des personnels de santé et enfin aux mécanismes de coordination intra et intersectorielle pour leur formation adéquate.

Le plan de développement des ressources humaines pour la santé devra prévoir la production, la répartition et l'utilisation des personnels en quantité et en qualité appropriées. Pour ce faire, des plans spécifiques seront élaborés ainsi que des outils de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de ces plans. Ce plan devra s'intégrer à la planification sanitaire et tenir également compte des répercussions sur le budget de la santé et sur les autres ressources. La rationalisation de la gestion des ressources humaines pour la santé impliquera la formulation d'un plan de gestion des ressources humaines pour la santé. La mise en œuvre de ce plan nécessitera le renforcement de la direction des ressources humaines et des structures déconcentrées de gestion des ressources humaines en personnels, en équipements et en logistiques appropriés pour, entre autres, assurer un suivi informatisé de la gestion du personnel. Il sera également nécessaire de rendre fonctionnel l'observatoire des ressources humaines.

Dans le domaine de la formation, il s'agira d'améliorer les formations initiale et continue. L'amélioration de la formation initiale passera par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation visant à corriger les déséquilibres entre offre et demande de personnels. Un effort particulier devra être fait pour la formation des personnels spécialistes sur financement du budget de l'Etat ainsi que pour le renforcement de la formation des agents de santé communautaire. Il s'agira aussi de mettre aux normes les institutions de formation et d'instituer un cadre permanent de concertation entre le ministère de la santé et les ministères de tutelle des institutions nationales de formation publiques et privées. Concernant la formation continue, il sera indispensable d'élaborer une stratégie nationale en la matière avec des plans consolidés de formation continue à tous les niveaux du système de santé. Il sera nécessaire de développer des stratégies appropriées pour la motivation et la rétention des personnels tant dans le pays que dans leurs postes de travail.

Orientation stratégique 4 : Promotion de la santé et lutte contre la maladie

La promotion de la santé et la lutte contre la maladie seront assurées à travers le renforcement des activités promotionnelles de santé, l'accroissement des performances des programmes existants de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, l'amélioration de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments ainsi que le renforcement de l'immunisation universelle.

Concernant le renforcement des activités promotionnelles de santé, il s'agira d'élaborer une stratégie globale de promotion de la santé en vue d'intensifier les activités de communication pour le changement de comportement ciblant les problèmes prioritaires de santé, d'améliorer l'hygiène et l'assainissement dans le cadre de la collaboration intersectorielle. La communication sur les déterminants de la santé en direction du public en vue d'induire des comportements favorables à la santé sera améliorée. En outre, la sensibilisation des autres secteurs de développement sera renforcée afin d'améliorer leur implication et leur appui en faveur de l'approche multisectorielle axée sur l'amélioration de la santé de la population.

Les performances des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles seront améliorées. Il s'agira d'élargir les interventions à des

pathologies comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, la drépanocytose et autres maladies génétiques, et de renforcer les capacités des programmes existants. La lutte contre le VIH et le SIDA demeure une priorité pour le Gouvernement. Les stratégies de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, la tuberculose, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les IRA et la malnutrition seront renforcées en particulier dans les domaines de la prévention, de la prise en charge, de la coordination et du leadership ainsi que de l'information stratégique.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments consistera à renforcer l'application de la législation nationale en matière de contrôle de la qualité des produits de consommation tels les aliments, l'eau et autres boissons. A cet effet, le plateau technique du Laboratoire national de santé publique sera renforcé.

L'immunisation universelle sera renforcée à travers l'amélioration de la logistique, de la sécurité des injections ; les compétences des acteurs seront renforcées. Un accent sera mis sur la qualité de la vaccination et des couvertures vaccinales ainsi que l'introduction de nouveaux vaccins.

Toutes ces interventions seront soutenues par l'intensification de la surveillance épidémiologique et la mise en œuvre du Règlement sanitaire international.

Orientation stratégique 5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé

Cette stratégie sera réalisée à travers le renforcement des infrastructures, des équipements et technologies, de la maintenance et l'amélioration de l'accès des populations à des produits de santé efficaces et de qualité.

Il s'agira de construire et d'équiper de nouvelles infrastructures tant administratives que sanitaires répondant aux normes ; il sera tenu compte des besoins conformément aux prévisions de la carte sanitaire qui sera régulièrement mise à jour pour les besoins de la planification sanitaire et de régulation de l'offre de soins. Par ailleurs, les infrastructures existantes y compris les laboratoires seront renforcées en personnel, en équipements techniques et logistiques. Des mesures seront prises pour développer les technologies de l'information et de communication et autres technologies sanitaires comme la télésanté.

En outre, une politique de maintenance et d'équipement sera élaborée et mise en œuvre.

L'amélioration de l'accès des populations à des produits de santé de qualité consistera à renforcer le cadre institutionnel et juridique du secteur pharmaceutique, le management de la qualité des produits de santé, à coordonner les approvisionnements de produits de santé, à améliorer leur disponibilité et leur accessibilité, à promouvoir l'usage rationnel des produits de santé. En outre, il faudra développer la recherche dans le domaine pharmaceutique et renforcer la coopération pharmaceutique. Un accent sera mis sur la pharmacovigilance et la surveillance des résistances aux médicaments comme les antibiotiques, les antiviraux et les antiparasitaires.

Pour les produits sanguins, il s'agira d'accroître leur production, de mettre en œuvre l'assurance qualité et l'hémovigilance à travers le renforcement des capacités du Centre national de transfusion sanguine et de ses démembrés.

Orientation stratégique 6 : Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire

Cette stratégie consistera en la mise en œuvre du plan stratégique de renforcement du système national d'information sanitaire. Ce plan prend en compte le renforcement de la production, le partage et l'utilisation de l'information sanitaire de qualité par le développement des productions statistiques, la réalisation d'enquêtes spécifiques, l'amélioration de l'accès à l'information sanitaire, la mise en réseau des services de gestion du système national d'information sanitaire et la création de bases de données de bonne qualité et accessibles. Un outil intégré de traitement et de partage de l'information sanitaire sera mis en place. Un accent particulier sera mis sur l'élaboration et la mise en œuvre du schéma directeur du système d'information hospitalier.

Il faudra améliorer la qualité des données du système national d'information sanitaire y compris leur exhaustivité à travers la validation des données au niveau régional et la prise en compte des données produites dans les structures sanitaires privées et au niveau communautaire. A cet effet, des mesures seront prises pour développer les technologies de l'information et de la communication et autres technologies sanitaires afin d'améliorer la production et la diffusion de l'information.

Afin d'harmoniser les méthodes et la fréquence de production de l'information, des cadres de concertation régulières avec les structures produisant des données démographiques et sociales comme l'Institut national de la statistique et de la démographie et l'Institut supérieur des sciences de la population seront développés.

Orientation stratégique 7 : Promotion de la recherche pour la santé

La promotion de la recherche pour la santé passe par le renforcement des organes de coordination de la recherche au sein des services de santé et l'amélioration de la diffusion et de l'utilisation des résultats de la recherche pour la santé dans le processus de prise de décision.

Il s'agira d'améliorer le cadre institutionnel de la coordination de la recherche au sein des services de santé, par le renforcement de ses compétences institutionnelles et de ses ressources au niveau central, la mise en place des organes adéquats de coordination de la recherche au niveau des régions sanitaires et le renforcement de la recherche au niveau opérationnel. Les institutions de recherche existantes seront renforcées et de nouvelles institutions créées en fonction des besoins. Il sera nécessaire de rendre fonctionnels les cadres de concertation, les comités d'éthique en santé et les conseils scientifiques existants, de mettre en place des réseaux thématiques et des réseaux entre les instituts de recherche, et de renforcer la collaboration entre le système d'information sanitaire et la recherche pour la santé pour une meilleure gestion de la connaissance. La collaboration et la coopération entre les acteurs de la recherche seront renforcées et le partenariat public privé développé.

Concernant l'amélioration de la diffusion et de l'utilisation des résultats de la recherche, un système national de valorisation des résultats sera mis en place par la consolidation des mécanismes de diffusion et de promotion des résultats existants ainsi que des procédures de prise en compte des questions éthiques dans les projets de recherche. Aussi, un observatoire national sur l'utilisation des résultats de la recherche pour la santé sera-t-il créé et des mesures en faveur de la production nationale en matière de recherche scientifique et d'inventions technologiques mises en œuvre. De nouveaux domaines de recherche seront couverts pour enrichir les connaissances relatives à certaines pathologies comme les maladies non transmissibles et certaines maladies génétiques. Un plaidoyer pour une meilleure prise en compte des résultats de la recherche dans la définition des politiques et programmes de santé sera développé en direction des autorités sanitaires.

Orientation stratégique 8 : Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé

Cette stratégie sera mise en œuvre à travers l'amélioration de la mobilisation des ressources additionnelles en faveur de la santé, la rationalisation de la gestion des ressources allouées à la santé, la promotion des alternatives de financement de la santé, la réduction de la part des dépenses des prestations et des médicaments supportée par les ménages, en particulier ceux à faible revenu.

Pour améliorer la mobilisation des ressources financières additionnelles en faveur de la santé, le partenariat national et international sera renforcé tandis que le plaidoyer pour l'accroissement de la part du budget de l'Etat alloué à la santé, conformément à l'esprit de la déclaration d'Abuja, sera poursuivi. Cette mobilisation des ressources additionnelles passe également par l'efficacité du recouvrement des coûts ainsi que l'adoption et la promotion d'autres stratégies ou initiatives innovantes.

En matière de rationalisation de la gestion des ressources allouées à la santé, celles-ci seront orientées davantage vers les interventions à gain rapide pour réduire les morbidités et les mortalités spécifiques. Des mesures seront prises pour garantir une répartition adéquate des ressources financières basée sur des critères bien définis. Les comportements conformes à l'éthique professionnelle et la gestion axée sur les résultats seront promus, les contrôles et les audits financiers renforcés. L'élaboration des comptes nationaux de santé, des cadres de dépense à moyen terme sera poursuivie ainsi que la budgétisation marginale pour lever les goulots d'étranglements et les budgets programme.

En vue de la promotion des alternatives de financement de la santé, le département de la santé appuiera la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle dont le processus d'implantation est en cours. Il s'agira aussi de susciter chez les populations la mise en place de mécanismes de partage des risques liés à la santé (micro-assurances, mutuelles, systèmes de partage des coûts...).

La réduction de la part contributive des ménages aux coûts des prestations et des médicaments s'opérera à travers la mise en place de mécanismes de fixation

et de régulation des prix des actes et des médicaments essentiels, l'instauration de subventions voire l'exemption progressive de la participation des usagers, en particulier les plus pauvres, au financement des services de santé.

3.5. Résultats attendus de la mise en œuvre de la politique nationale de santé

La mise en œuvre de la politique nationale de santé vise les résultats suivants :

- le leadership et la gouvernance dans le secteur de la santé sont renforcés ;
- les services de santé sont plus performants et offrent des prestations de santé de meilleure qualité à toute la population aux différents niveaux du système de santé y compris au niveau communautaire ;
- les mortalités spécifiques par rapport à leur niveau de base⁷ sont réduites significativement.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé aura contribué à une augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance et à un meilleur bien-être des populations.

IV. MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de la Politique nationale de santé exploitera les conditions à même d'assurer son succès ; elle devra tenir compte d'un certain nombre de contraintes et de menaces et s'appuyer sur des mécanismes appropriés de suivi et d'évaluation permettant de mesurer les résultats atteints.

4.1. Cadre de mise en œuvre

La Politique nationale de santé sera mise en œuvre à travers des plans nationaux de développement sanitaire sous la conduite du ministère chargé de la santé et sous l'autorité du Gouvernement.

La mise en œuvre impliquera également l'ensemble des acteurs du développement socio-sanitaire (société civile, secteur privé, partenaires techniques et financiers, collectivités territoriales, communautés, ...).

4.2. Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la Politique nationale de santé passera par un engagement politique au plus haut niveau de l'Etat, un leadership affirmé, le respect des valeurs et des principes et une adhésion de tous les acteurs.

Par ailleurs, ce succès est tributaire de la mise en place de mécanismes efficaces de coordination pour un meilleur alignement et harmonisation de l'aide au développement, de suivi et d'évaluation adéquats des différentes interventions dans le secteur de la santé. Cela nécessitera également une collaboration notamment avec les autres départements ministériels, les partenaires techniques

⁷ 484 pour la mortalité maternelle, 81 pour la mortalité infantile, 184 pour la mortalité infanto-juvénile.

et financiers, la société civile, les ONG et associations intervenant dans le domaine de la santé.

4.3. Contraintes

Les contraintes de la mise en œuvre de la Politique nationale de santé sont essentiellement liées au contexte de pauvreté dans lequel vit la majorité de la population, au faible niveau d'éducation des populations, à la persistance de pratiques néfastes à la santé. En outre, la complexité des déterminants de la santé nécessite une collaboration multisectorielle et pluridisciplinaire dans la résolution des problèmes de santé. A cela, il faut ajouter les contraintes internes au secteur de la santé en rapport avec les ressources.

4.4. Menaces

La mise en œuvre de la Politique nationale de santé est soumise à certaines menaces telles que l'exacerbation de la crise financière et alimentaire, le non respect des engagements des acteurs, la survenue de catastrophes, l'instabilité sociale et les crises institutionnelles au plan national et international.

4.5. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la Politique nationale de santé se feront sous la responsabilité du ministère chargé de la santé. A cet effet, des organes compétents seront mis en place ; il s'agira notamment d'une part, d'un secrétariat permanent du plan national de développement sanitaire, plan qui découlera de cette politique et d'autre part, d'un organe multisectoriel de suivi de ce plan.