

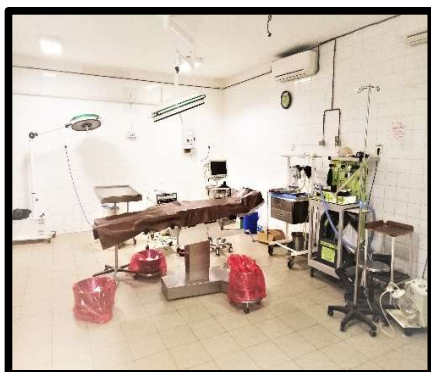
MINISTÈRE DE LA SANTÉ



BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

**STRATÉGIE NATIONALE ET PLAN DE MISE EN ŒUVRE POUR LE
RENFORCEMENT DE L'OFFRE DES SOINS CHIRURGICAUX ET
ANESTHÉSIAUX AU BURKINA FASO
2021-2025**



MARS 2020

PRÉFACE

Les soins chirurgicaux et anesthésiques sont unanimement reconnus comme une composante essentielle des soins de santé. Et pourtant, un nombre considérable d'interventions nécessaires pour sauver des vies et prévenir les invalidités ne sont pas réalisées dans le monde et surtout en Afrique.

En outre, une proportion non négligeable de ces soins entraîne des préjudices aux patients. Chaque année, près de sept millions de patients sont victimes de complications opératoires graves, dont un million décèdent pendant ou immédiatement après l'intervention.

Au Burkina Faso, comme dans le reste de l'Afrique subsaharienne, l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques se caractérise par un volume insuffisant des prestations par rapport aux besoins de la population et une culture de la démarche qualité des soins centrés sur la personne et la sécurité du patient peu enracinée dans le management des services.

En lançant « l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Une chirurgie plus sûre pour sauver des vies », l'OMS vise la cible de 5 000 interventions /100 000 personnes en 2030 pour un coût d'investissement s'élevant à 420 milliards de dollars US.

Pour s'inscrire dans cette dynamique, le Burkina Faso vient de se doter d'une stratégie nationale et d'un Plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques.

Cette stratégie s'appuie sur quatre axes d'interventions : (i) le renforcement du cadre organisationnel, (ii) l'amélioration de la disponibilité et l'accessibilité des services de chirurgie et d'anesthésie, (iii) l'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques centrés sur la personne et la sécurité du patient et (iv) la restauration de la permanence des services et de la continuité des soins dans les zones touchées par l'insécurité.

Nous voudrions saisir l'opportunité pour remercier tous les acteurs qui ont apporté une contribution à l'élaboration de ce document. Nos remerciements s'adressent particulièrement à la Délégation de l'Union Européenne au Burkina Faso pour son appui déterminant à travers le PAPS 2.

La mise en œuvre de cette stratégie facilitera l'accès de toute la population à des soins chirurgicaux et anesthésiques accessibles dans un contexte où le risque de dépenses catastrophiques sera réduit et c'est assurément un pas de plus sur le chemin de la Couverture sanitaire universelle.

J'invite tous les acteurs du secteur santé et des secteurs actifs sur les déterminants de la santé à créer les synergies nécessaires pour la mise en œuvre de cette stratégie et sa réussite et en définitive pour l'amélioration de la santé de la population du Burkina Faso.

Le Ministre de la Santé

Professeur Léonie Claudine LOUGUE/SORGHO

Officier de l'Ordre National

REMERCIEMENTS

L'équipe de consultants, chargée de rédiger le Document de stratégie nationale et plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques au Burkina Faso, vient de terminer sa mission qui a couvert la période du 6 Février au 3 Mars 2020.

Le processus de rédaction de cette stratégie s'est déroulé dans de bonnes conditions grâce à l'engagement des plus Hautes Autorités du MS pour que ce Document voit le jour.

Nos remerciements vont aussi :

- Au DGOS, au DQSS et au DFSP pour leur constante disponibilité et les orientations reçues ;
- A la Délégation de l'UE qui a financé la réalisation de la mission à travers le PAPS 2 ;
- A l'équipe de Conseil Santé en appui à l'exécution du PAPS 2 pour l'encadrement efficace apportée à la mission;
- A tous ceux qui nous ont apporté les informations utiles et notamment : DGOS, DGAP, DGSP, DGSS, DQSS, DFSP, DSPS, DPPO, DIEM, DRH, Direction du secteur privé, le Doyen de l'UFR/SDS, PROFOS, la Direction technique de la SOGEMAB ;
- Le Dr Hien qui a été l'interface avec le secteur privé ;
- Le Comité Technique qui a supervisé et orienté la forme et le contenu de la Stratégie ;
- Les Présidents et membres des Sociétés savantes dont le savoir-faire et l'excellente connaissance du terrain ont apporté une touche essentielle au document ;
- L'OBQUASS qui nous a donné des informations utiles sur le rôle actuel et le rôle potentiel de la société civile dans la veille citoyenne sur la qualité des soins ;
- Aux associations des attachés de santé, pour l'information pertinente sur leur rôle dans les blocs opératoire ;

Il faut également souligner à juste titre, le grand intérêt et le soutien manifestés à ce processus par les Partenaires Techniques et Financiers.

Que tous ceux qui sont cités et tous ceux qui ont apporté une contribution quelconque à la réalisation de ce travail trouvent, ici, l'expression de nos sincères remerciements.

Les Consultants :

- Pr Léodégal BAZIRA : Professeur Titulaire de Chirurgie, Consultant international en Santé Publique ;
- Dr Roland Tibila ZOUNGRANA : Chirurgien, chef de service de chirurgie - Hôpital du District de Boulmiougou ;
- Dr Lucain SOME, Docteur en Sciences de Gestion, Expert - Conseil en Fiscalité et en Management.

TABLE DES MATIÈRES		
	PRÉFACE	2
	REMERCIEMENTS	3
	LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	6
	SIGLES ET ABREVIATIONS	7
	DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES PRINCIPAUX CONCEPTS	9
	RESUME	11
1.	INTRODUCTION	16
1.1.	CONTEXTE ET JUSTIFICATION	16
1.2.	METHODOLOGIE	17
1.2.1.	Approche	17
1.2.2.	Élaboration de la stratégie et du plan de mise en œuvre	17
1.2.3.	Collecte et analyse des données	20
1.2.4.	Validation des produits attendus	21
1.2.5.	Rapportage	21
1.2.6.	Observations et limites	21
2.	ANALYSE DE LA SITUATION GENERALE	23
2.1.	CONTEXTE DU PAYS	23
2.1.1.	Contexte géographique et démographique	23
2.1.2.	Contexte politique et administratif	23
2.1.3.	Situation sécuritaire	23
2.1.4.	Situation socio-économique	24
2.2.	SITUATION SANITAIRE	24
3.	OFFRE DES SOINS CHIRURGICAUX : PROBLEMES ET CAUSES	28
3.1.	LA GOUVERNANCE ET LEADERSHIP	28
3.2.	PRESTATIONS DES SERVICES ET SOINS CHIRURGICAUX	29
3.2.1.	Un volume insuffisant de prestations	29
3.2.2.	Une sous notification des actes réels prestés.	31
3.2.3.	L'indisponibilité du personnel	31
3.2.4.	Les évacuations à l'étranger pour des pathologies non prises en charge sur place.	31
3.2.5.	Le dysfonctionnement du système de santé dans les Régions touchées par l'insécurité	31
3.2.6.	L'offre des soins chirurgicaux présente des insuffisances en termes de qualité et sécurité du patient	32
3.2.7.	Niveau de pratique de l'hygiène et assainissement non satisfaisant	34
3.3.	LES RESSOURCES HUMAINES SONT INSUFFISANTES	36
3.3.1.	Les effectifs de spécialistes dans les disciplines chirurgicales sont insuffisants.	36
3.3.2.	Répartition déséquilibrée des spécialistes en faveur des villes abritant les <i>CHU</i> .	37
3.3.3.	Manque de spécialistes pour la pratique d'actes de chirurgie de pointe	39
3.3.4.	Des insuffisances dans la Gestion des Ressources humaines	39

3.3.5.	Les médecins spécialistes et Attachés en cours de formation	39
3.4.	INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS, MATERIEL ET PRODUITS DE SANTE	41
3.4.1.	Une couverture géographique incomplète en infrastructures	41
3.4.2.	Le plateau technique insuffisant	41
3.4.3.	Ruptures fréquentes de stocks d'intrants	48
3.5.	GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE	49
3.5.1.	Les insuffisances de la gestion du système d'information sanitaire	49
3.5.2.	La recherche est faible et peu utilisée pour la prise de décision	49
3.6.	LE FINANCEMENT	50
3.7.	PROBLÈMES PRIORITAIRES	51
4.	FORMULATION DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS CHIRURGICAUX ET ANESTHÉSQUES	53
4.1.	FONDEMENT, PRINCIPES ET VISION DE LA STRATÉGIE	53
4.1.1.	Fondement	53
4.1.2.	Vision et principes	53
4.1.3.	Valeurs	53
4.2.	RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE	53
4.2.1.	Impact	53
4.2.2.	Chaîne des résultats	54
4.2.3.	Cadre logique	55
4.2.4.	Plan de mise en œuvre de la stratégie	62
5.	DISPOSITIONS DE MISE EN OEUVRE	71
5.1.	CADRE INSTITUTIONNEL	71
5.1.1.	Coordination et pilotage	71
5.1.2.	Niveau central	71
5.1.3.	Les partenaires techniques et financiers	72
5.1.4.	Le secteur privé	72
5.1.5.	Les sociétés savantes	73
5.1.6.	La société civile	73
5.1.7.	Niveau régional	73
5.1.8.	Au niveau opérationnel	74
5.2.	COÛT DE LA STRATÉGIE	74
5.3.	CADRE DE SUIVI ÉVALUATION	78
5.4.	ANALYSE ET GESTION DES RISQUES	81
6.	PERSPECTIVES	82
7.	ANNEXES	84

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau I	Etat de santé de la population	26
Tableau II	Interventions réalisées par les structures publiques en 2018	30
Tableau III	Fonctionnalité des FS dans six régions touchées par l'insécurité	32
Tableau IV	Les personnels affectés dans les services chirurgicaux et anesthésiques	36
Tableau V	Médecins spécialistes et attachés de santé en cours de formation et besoins de formation	40
Tableau VI	Les dépenses à la charge du patient pour deux interventions courantes.	50
Tableau VII	Chaîne des résultats	54
Tableau VIII	Cadre logique	56
Tableau IX	Plan de mise en œuvre de la stratégie	62
Tableau X	Répartition du budget par effets escomptés, produits et programmes	76
Tableau XI	Répartition du budget par effets escomptés	77
Tableau XII	Cadre de performance	79

FIGURES

Figure 1	Étapes pour l'élaboration de la stratégie et du plan national	18
Figure 2	Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux	19
Figure 3	Le cycle d'amélioration de la sécurité du patient	20
Figure 4	Organisation administrative et organisation des soins	25
Figure 5	État de la gestion des déchets biomédicaux	35
Figure 6	Répartition des spécialistes par Région	38
Figure 7	Répartition des attachés de santé par Régions	38
Figure 8	État des infrastructures par région selon les normes	43
Figure 9	État du matériel et équipement par région par rapports aux normes	47
Figure 10	Montage du Financement de la stratégie	77

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ASBC	: Agent de santé à base communautaire
ANRP	: Agence nationale de régulation pharmaceutique
ASC	: Agent de santé communautaire
AT	: Assistant Technique
CAMEG	: Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
CASEM	: Conseil d'administration du secteur ministériel
CCSC	: Communication pour le changement social de comportement
CDMT	: Cadre de dépense à moyen terme
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CHUR	: Centre hospitalier universitaire régional
CHU-SS	: CHU Sourou Sanou
CHU-YO	: CHU Yalgado Ouédraogo
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CNTS	: Centre national de transfusion sanguine
CSD	: Cadre sectoriel de dialogue
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CT	: Commission thématique
CTRS	: Comité technique régional de santé
DAF	: Direction de l'administration et des finances
DSS	: Direction des statistiques sanitaires
DGOS	: Direction générale de l'offre de soins
DGAP	: Direction générale de l'accès aux produits de santé
DGSP	: Direction générale de la santé publique
DQSS	: Direction de la qualité des soins et de la sécurité des patients
DRS	: Direction régionale de santé
DSF	: Direction de la santé de la famille
DSITS	: Direction des services informatiques et de la télésanté
ECD	: Équipe cadre de district
EDS	: Enquête démographique et de santé
EF	: Équipe fonctionnelle
ENDOS	: Entrepôt national des données sanitaires
ESPS	: Établissement sanitaire privé de soins
FS	: Formation sanitaire
IDH	: Indice de développement humain
INSD	: Institut national de la statistique et de la démographie
MS	: Ministère de la Santé
OBC	: Organisation à base communautaire
OBQUASS	: Observatoire Burkinabé de la qualité et de la sécurité des soins

ODD	: Objectif de développement durable
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PAPS	: Programme d'appui à la politique sectorielle de santé
PCA	: Paquet complémentaire d'activités
PDI	: Personnes déplacés internes
PMA	: Paquet minimum d'activités
PNDES	: Plan national de développement économique et social
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNS	: Politique nationale de santé
PTF	: Partenaire technique et financier
RHS	: Ressources humaines en santé
SC	: Société civile
SCADD	: Stratégie de croissance accélérée pour le développement durable
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SOGEMAB	: Société générale d'équipements et de maintenance biomédicale
SONUC	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SS	: Sociétés savantes
UE	: Union Européenne
UFR-SDS	: Unité de formation et de recherche en sciences de la santé

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES PRINCIPAUX CONCEPTS

La chirurgie est une discipline médicale spécialisée dans le traitement des maladies et des traumatismes, qui consiste à pratiquer, manuellement et à l'aide d'instruments des actes opératoires sur un corps vivant.

Les soins chirurgicaux sont les soins délivrés par les spécialités regroupées sous le vocable disciplines chirurgicales. Il s'agit notamment de la chirurgie cardio-vasculaire, la chirurgie générale et digestive, la chirurgie gynéco-obstétrique, la chirurgie maxillo-faciale, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, l'ORL, la chirurgie traumatologique et orthopédique et l'urologie.

Les soins anesthésiques sont les soins dont bénéficie le patient qui subit une intervention chirurgicale et qui comprennent la préparation à la chirurgie, l'acte d'anesthésie pendant l'intervention, le soulagement de la douleur durant la période post-opératoire ainsi que le traitement des complications qui pourraient être dues à l'anesthésie. L'anesthésiologie est l'une des professions médicales qui a permis de garantir la sécurité du patient au cours de la chirurgie.

La qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »¹.

La sécurité des patients se définit comme « la réduction à un minimum acceptable du risque de préjudice superflu associé aux soins de santé. Ce minimum acceptable est déterminé par les notions collectives ayant cours en vertu des connaissances, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été prodigués et comparativement au risque associé au non-traitement ou à un autre traitement »²

Les Soins de santé centrés sur la personne sont une approche de soins qui adopte consciemment la perspective individuelle et celle des accompagnants, des familles et des communautés en tant que participants à des systèmes de santé fiables – et bénéficiaires de ces systèmes – pour répondre aux besoins complets des personnes plutôt que pour combattre des maladies déterminées, en respectant leurs préférences. Les soins centrés sur la personne supposent aussi que les patients disposent de l'information et de l'appui nécessaires pour prendre des décisions et participer à leurs propres soins et que les aidants soient en mesure d'exercer pleinement leurs fonctions dans un environnement professionnel qui les soutient. La notion de soins centrés sur la personne est plus large que celle de soins centrés sur le patient, et recouvre non seulement les

¹ <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>

² <http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/governancepatientsafety/pages/whatisqualityandpatientsafety.aspx>

contacts pour des motifs cliniques, mais aussi l'attention vouée à la santé des gens dans leur communauté et le rôle crucial qu'ils jouent dans l'élaboration des politiques de santé et des services de santé.

Les actes chirurgicaux importants sont toutes les procédures menées en salle d'opération et qui impliquent incision, excision, manipulation ou suture de tissus, nécessitant généralement une anesthésie locale ou générale ou une sédation profonde pour lutter contre la douleur³.

La qualité des soins est un paramètre stratégique pour optimiser l'efficacité du système de santé d'un pays.

La sécurité des patients est souvent considérée comme une composante de la qualité, de sorte que les pratiques visant à améliorer la sécurité des patients entraînent généralement une amélioration de la qualité globale des soins.

Réseau de santé est un mode de prise en charge préventif, médicale, sociale et éducatif du patient, qui se base sur la collaboration volontaire des professionnels de santé, afin d'assurer une meilleure orientation, une continuité et une cohérence des soins dispensés et qui place le patient au centre du dispositif.

Réseau de soins est un mode de prise en charge médicale et sociale du patient, qui se base sur la collaboration volontaire des professionnels de santé, afin d'assurer une meilleure orientation, une continuité et une cohérence des soins dispensés et qui place le patient au centre du dispositif.

³ Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies - WHO/IER/PSP/2008.07 Organisation mondiale de la Santé, 2008

RÉSUMÉ

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les soins chirurgicaux constituent une composante essentielle des soins de santé et pourtant environ 143 068 278 interventions chirurgicales nécessaires pour sauver des vies et prévenir les invalidités, dont 18 909 507 en Afrique de l'ouest ne sont pas réalisées.⁴

En outre, une proportion non négligeable de ces soins entraîne des préjudices aux patients. Chaque année, près de sept millions de patients sont victimes de complications opératoires graves, dont un million décède pendant ou immédiatement après l'intervention.⁵

En lançant l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients⁶, l'OMS vise la cible de 5 000 interventions /100 000 personnes en 2030 pour un coût d'investissement s'élevant à 420 milliards de dollars US.⁷

Au Burkina Faso, la situation de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques est caractérisée par un volume insuffisant d'actes pratiqués par rapport aux besoins de la population et par un taux de mortalité et de complications post-opératoires qui dépasse largement les moyennes internationales. Pour répondre à cette situation, le Ministère de la Santé a pris la décision de se doter d'une stratégie nationale et d'un plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques. L'élaboration de cette stratégie a été faite en respectant une approche participative avec une implication forte des différentes parties prenantes dont notamment les sociétés savantes et la société civile engagé dans la dynamique des soins de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.

2. L'OFFRE DE SOINS CHIRURGICAUX ET ANESTHÉSQUES : PROBLÉMATIQUE

Au Burkina Faso, 63 542 actes chirurgicaux et 58 933 actes d'anesthésie ont été réalisés en 2018 pour une population estimée autour de 20 millions de personnes. Trente-six pour cent (36 %) de des actes chirurgicaux étaient des césariennes dont plus de 43 % sont réalisés en CMA. En l'absence de données du secteur privé, ces actes chirurgicaux rapportés étaient ceux pratiqués dans les formations sanitaires publiques : 47 CMA dont 2 confessionnels (42%), 8 CHR (23%) et 6 CHU-CHUR (35%).

À l'issue d'une analyse de la situation, axée sur les six piliers du système de santé, quatre principaux problèmes ont été identifiés :

2.1. Au niveau gouvernance, le cadre organisationnel et normatif est incomplet.

Parmi les éléments manquants ou incomplets, il faut citer entre autres (i) la définition des paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques à chaque niveau, (ii) la définition de la mission de chaque

⁴ *Global surgery 2030: Faits et Solutions pour le développement de la santé, du bien-être et de l'économie. Rapport de la Commission de la chirurgie mondiale du Journal The Lancet.*

⁵ *WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009

⁶ ALLIANCE MONDIALE POUR LA SECURITE DES PATIENTS. UNE CHIRURGIE PLUS SURE POUR EPARGNER DES VIES. OMS 2008

⁷ *Global surgery 2030: Faits et Solutions pour le développement de la santé, du bien-être et de l'économie. Rapport de la Commission de la chirurgie mondiale du Journal The Lancet.*

CHU dans un esprit de complémentarité, (iii) les normes (ressources humaines, infrastructures et équipements) pour les CHU-CHUR , (iv) le plan directeur du secteur privé médical, (v) un plan de transition entre les spécialistes et les professionnels non chirurgiens qui pratiquent des actes de chirurgie, (vi) une plateforme formelle de dialogue avec les sociétés savantes et la société civile et (vii) une priorisation insuffisante du renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.

2.2. Une offre de soins chirurgicaux et anesthésiques insuffisante par rapport aux besoins

Le volume des prestations est insuffisant par rapport aux besoins et l'utilisation de l'infrastructure et du plateau technique existants sont insuffisants. En 2018, le rapport des actes chirurgicaux réalisés par habitants était de 1/314, très en deçà de la norme mondiale de 1/25⁸.

Le rapport entre le nombre de patients pris en charge par agent et par an est également bas.

Les résultats provisoires d'une étude en cours, pour les agents pratiquant les actes d'anesthésie dans huit formations sanitaires du Burkina Faso (2CHR, 2HD et 4CHU) montraient un rapport de 50-60 patients par agent pour des standards internationaux entre 1500 et 2000 par an et par agent.⁹ Ces résultats sont transposables aux autres catégories du personnel du bloc opératoire.

Parmi les principales causes de cette situation, il faut citer (i) une couverture géographique incomplète en infrastructures et un plateau technique insuffisant, (ii) un équipement hétérogène, insuffisant et souvent en panne, (iii) une maintenance défectueuse, (iv) l'effectif insuffisant des spécialistes dans les disciplines chirurgicales et anesthésiques dont les 3/4 pratiquent à Ouagadougou et Bobo Dioulasso, (v) l'indisponibilité du personnel (mouvements sociaux, absentéisme, non application des sanctions, ...), (vi) des ruptures fréquentes de l'approvisionnement en intrants dont les fluides médicaux, (vii) un accès aux soins limité par les contraintes financières , (viii) la faiblesse du système d'information sanitaire.

2.3. La qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques centrés sur la personne et la sécurité du patient est insuffisante

Deux études différentes sur les urgences abdominales, réalisées au CHU-YO (2013 et 2014), montraient un taux de mortalité proche de 8% et un taux de complications post-opératoires précoces (CPOP) qui s'élevait à 16,6 % dont 76,7 % de CPOP infectieuses.^{10, 11}

Les causes sont entre autres l'absence ou la faible culture de la qualité des soins et sécurité des patients dans le management des services chirurgicaux, la faiblesse des mécanismes de surveillance et de contrôle de la qualité et sécurité des patients, l'absence sur le terrain de normes et standards de la pratique des actes chirurgicaux et anesthésiques (techniques et moyens), 42 %

⁸ ALLIANCE MONDIALE POUR LA SECURITE DES PATIENTS. UNE CHIRURGIE PLUS SURE POUR EPARGNER DES VIES. OMS 2008

⁹ Etude menée par la SARMUB dans 8 hôpitaux.

¹⁰ Audit de décès des urgences abdominales aux urgences viscérales du CHU-YO, sur 101 cas de décès réalisé. Université de Ouagadougou (UFR/SDS). Thèse 2014.

¹¹ Les complications post opératoires précoces des abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO: A propos de 98 cas. Université de Ouagadougou (UFR/SDS). Thèse 2013

du total des actes chirurgicaux (2018) sont pratiqués dans les CMA essentiellement par des non chirurgiens et sans supervision formelle, le niveau de pratique de l'hygiène et de l'assainissement pour réduire le risque encouru par le patient est insuffisant et l'implication de la communauté, de la famille et des individus dans la prise de décisions concernant leur santé et le choix du traitement est insuffisante.

2.4. Rupture de la permanence des services et de la continuité des soins dans les zones affectées par l'insécurité.¹²⁻¹³

La situation actuelle est caractérisée par (i) la fermeture d'au moins 98 FS et le redéploiement de 381 agents (9,7 % des agents de santé des FS) vers les FS voisines qui fonctionnent, (ii) l'accès précaire aux services de santé des populations massivement déplacées (881 000 habitants), (iii) les difficultés d'évacuation des patients du fait du retrait ou de la destruction d'ambulances, (iv) les ruptures de stock ou approvisionnement difficile en médicaments, produits sanguins, réactifs de laboratoire et consommables, (v) les difficultés de supervisions des agents de santé des FS et des ASBC, (vi) la surcharge de travail qui impacte sur la qualité des prestations dans les FS des districts accueillant les personnes déplacées internes (PDI) et (vii) les insuffisances dans la coordination de la réponse.

3. LA STRATÉGIE NATIONALE POUR RÉPONDRE À CES PROBLÈMES

3.1. Cohérence avec le cadre politique et stratégique nationale

Le fondement, la vision, les principes et valeurs énoncés dans la stratégie nationale et le plan de renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques au Burkina sont alignées sur les documents de politiques et de stratégies en amont dont notamment l'Étude prospective sectorielle de la santé à l'horizon 2030, la Politique sectorielle santé (2018-2027), le Plan national de développement économique et social (2016-2020), le Plan national de développement sanitaire (2011-2020), la Stratégie nationale de la qualité des soins et services intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients au Burkina Faso (2018) et la Stratégie « offre de soins » au Burkina Faso (2019).

3.2. Chaîne des résultats de la stratégie

L'impact attendu de la stratégie nationale et du plan de renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques sera une contribution à l'impact énoncé dans le document de Politique nationale de santé : ***L'état de santé des populations est amélioré.***

Les effets (E) escomptés sont au nombre de quatre :

- **Effet 1 :** Le pilotage du processus de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques s'appuie sur un cadre organisationnel et normatif consolidé.
- **Effet 2 :** Les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques, déterminés pour chaque niveau de la pyramide des soins, sont disponibles et accessibles pour toute la population.

¹² Plan d'urgence pour la continuité de soins dans les zones à sécurité précaire au Burkina Faso. Ministère de la Santé. Janvier 2020

¹³ Rapport de situation. Bureau OCHA, Burkina Faso. 29 Octobre 2019.

- **Effet 3** : La population bénéficie de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.
- **Effet 4** : Les populations des zones touchées par l'insécurité et les personnes déplacées internes bénéficient de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.

Le plan de mise en œuvre de la stratégie nationale de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques décrit 111 activités à réaliser pour livrer les 21 produits qui permettront d'atteindre les quatre (4) effets annoncés plus haut.

4. LES DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

4.1. Le Cadre institutionnel

Le Cadre institutionnel pour la mise en œuvre de la stratégie nationale et du plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques fonctionnera aux trois niveaux du système. Les principaux organes qui auront un rôle à jouer sont : le CSD, le Cabinet du Ministre s'appuyant sur les Directions Générales (DGOS, DGSP, DGESS, DGAP, DAF) le CNTS et la SOGEMAB, les directions techniques (DFSP, DSS, DIEM, DRH, DSF), le secteur privé, les sociétés savantes, la société civile, les CTRS et les DRS, les ECD et les Comités de gestion des formations sanitaires.

4.2. Le Financement

Le montant nécessaire pour financer la stratégie sera de **45 380 680 350 CFA** dont 22 000 000 000 FCFA (soit 48,5 %) sont déjà disponibles. Il s'agit des financements consentis par l'État pour la construction du CHR de la Région du Centre-Sud et deux CMA (N'dorola et Kampti) et par l'ONG ORIO pour la construction de 5 CMA (Mangodora, Tougouri, Kanrangasso Vigue, Lena et Gayeri) par le projet ORIO. Il reste donc à mobiliser auprès de l'Etat et des PTF le montant de 23 380 680 350 FCFA (49,3%).

4.3. Le Cadre de suivi, évaluation et redevabilité

Le suivi sera fait à travers les supervisions/coaching des équipes chirurgicales, les enquêtes de contrôle de la qualité et sécurité des patients, l'évaluation des pratiques professionnelles, la réalisation d'audits cliniques ainsi que le monitoring par des équipes internes mises par les FS.

L'évaluation comprendra des exercices périodiques d'auto-évaluation, une évaluation externe à mi-parcours (2023) pour éventuellement apporter les mesures correctrices et une évaluation externe finale en 2025.

Le cadre de performances comporte neuf indicateurs pour mesurer les effets et trente-un pour évaluer le niveau de réalisation des produits.

5. PERSPECTIVES ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Dans le cadre du mouvement, « Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies », lancé par l'OMS, le Burkina Faso vient de se doter d'une stratégie nationale et d'un plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques 2021-2025.

La réussite de cette stratégie s'appuiera sur quelques actions particulières : (i) le renforcement du cadre organisationnel, (ii) l'augmentation de l'utilisation des services de chirurgie et d'anesthésie grâce à une plus grande disponibilité des services, une meilleure accessibilité géographique et une réduction des barrières financières, (iii) l'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques centrés sur la personne et la sécurité du patient et (iv) la restauration de la permanence des services et la continuité des soins dans les zones touchées par l'insécurité

La mise en œuvre de cette stratégie contribuera à l'amélioration de l'accès de la population à des soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient, couvrant ses besoins prioritaires y compris celle vivant en zone d'insécurité.

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les soins chirurgicaux constituent depuis plus d'un siècle une composante essentielle des soins de santé partout dans le Monde.

On estime que 234 millions d'opérations importantes, dont 10 millions pour des complications liées à la grossesse, sont réalisées chaque année dans le monde (soit 1 intervention/25 habitants vivants).

Dans le monde, environ 143 068 278 interventions nécessaires pour sauver des vies et prévenir les invalidités dont 18 909 507 en Afrique de l'ouest ne sont pas réalisées.¹⁴

Les services chirurgicaux sont pourtant inégalement répartis, puisque seulement 30% de la population profitent de 75% des opérations importantes. Le manque d'accès à des soins chirurgicaux de haute qualité reste un problème majeur dans la plupart des régions du monde et surtout dans les pays en voie de développement.

Une proportion non négligeable de ces soins entraîne des préjudices aux patients. Jusqu'à 25 % des patients souffrent de complications à la suite de soins chirurgicaux dangereux et chaque année, près de sept millions de patients sont victimes de complications opératoires graves, dont un million décède pendant ou immédiatement après l'intervention.¹⁵

Face à ce problème de santé publique, l'OMS a lancé « l'alliance mondiale pour la sécurité des patients » dont l'un des challenges est la sécurité en chirurgie¹⁶. Elle vise une prise de conscience et un engagement politique pour améliorer la sécurité des soins, ainsi qu'un engagement auprès des États membres pour les aider à développer des politiques de sécurité des patients et leurs mises en pratique. L'objectif est d'atteindre 5 000 interventions /100 000 personnes en 2030 et le coût de l'investissement s'élève à 420 milliards de dollars US.¹⁷

Au Burkina Faso, 63 542 actes de chirurgie ont été réalisés en 2018 dans les établissements de santé publics au Burkina Faso, dont 26 589 actes au premier niveau de soins et 36 953 au deuxième et troisième niveau de soins¹⁸. Au regard des risques potentiels que pourraient subir les patients et des résultats de certaines études hospitalières sur les complications liées aux interventions chirurgicales, de nombreuses actions ont été réalisées par le Ministère de la santé afin d'améliorer la qualité des prestations en chirurgie. Malgré ces efforts, l'analyse de la situation de l'offre des soins chirurgicaux faite en avril 2019 montre que des difficultés persistent quant à l'amélioration de l'offre des soins chirurgicaux. Au nombre de celles-ci, il faut signaler l'absence

¹⁴ *Global surgery 2030: Faits et Solutions pour le développement de la santé, du bien-être et de l'économie. Rapport de la Commission de la chirurgie mondiale du Journal The Lancet.*

¹⁵ *WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009

¹⁶ ALLIANCE MONDIALE POUR LA SECURITE DES PATIENTS. UNE CHIRURGIE PLUS SURE POUR EPARGNER DES VIES. OMS 2008

¹⁷ *Global surgery 2030: Faits et Solutions pour le développement de la santé, du bien-être et de l'économie. Rapport de la Commission de la chirurgie mondiale du Journal The Lancet.*

¹⁸ Annuaire statistique, 2018. Ministère de la Santé-Burkina Faso

de document d'orientation spécifique sur le renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.

Afin de remédier à cette insuffisance, d'améliorer significativement et de façon pérenne la qualité de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques, le Ministère de la santé a décidé de se doter d'une stratégie nationale de la qualité et de la sécurité des soins chirurgicaux. Pour ce faire, le Ministère a fait appel à une équipe de trois consultants qui était appuyée par un Groupe technique constitué de personnes ressources choisis au sein des directions techniques, des sociétés savantes de chirurgie, des ordres professionnels et des partenaires techniques.

Le résultat attendu de ce processus est la disponibilité d'un document consensuel de Stratégie nationale et plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient 2021-2025.

1.2. MÉTHODOLOGIE

1.2.1. APPROCHE

L'approche était participative, inclusive et impliquant les principaux acteurs de la pratique des actes chirurgicaux de qualité et dans le respect de la sécurité du patient.

L'élaboration technique de la Stratégie nationale et du plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques a été réalisée par une équipe de 3 consultants (un expert senior en santé publique, un expert junior chirurgien et un expert en planification et budgétisation). Les consultants ont bénéficié de l'appui d'un groupe technique désigné par le Ministère de la santé. Le groupe technique de travail avait pour mission de (i) orienter les consultant sur la méthodologie, les objectifs poursuivis par le ministère de la santé ainsi que les axes d'interventions à travers une rencontre de cadrage, (ii) examiner les différents rapports d'étape du consultant lors des rencontres de suivi (au moins deux) et (iii) formuler, tout au long du processus, des recommandations pour une prise en compte effective des priorités du ministère dans la stratégie nationale de la qualité et de la sécurité des soins chirurgicaux au Burkina Faso. L'Equipe technique a également procédé à la validation du document de Stratégie nationale et du plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques.

1.2.2. Élaboration de la stratégie nationale et du plan de mise en œuvre

La rédaction de la stratégie nationale et du plan de renforcement de l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques au Burkina Faso s'est appuyée sur trois documents guides de l'OMS :

- Le cadre conceptuel de l'OMS en matière d'élaboration d'une stratégie nationale et d'un plan d'action ;
- Le cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux ;
- Le cycle d'amélioration de la sécurité du patient en six étapes et douze domaines d'action.

1.2.2.1. Cadre conceptuel (OMS) : Élaboration d'une stratégie nationale et d'un plan d'action.

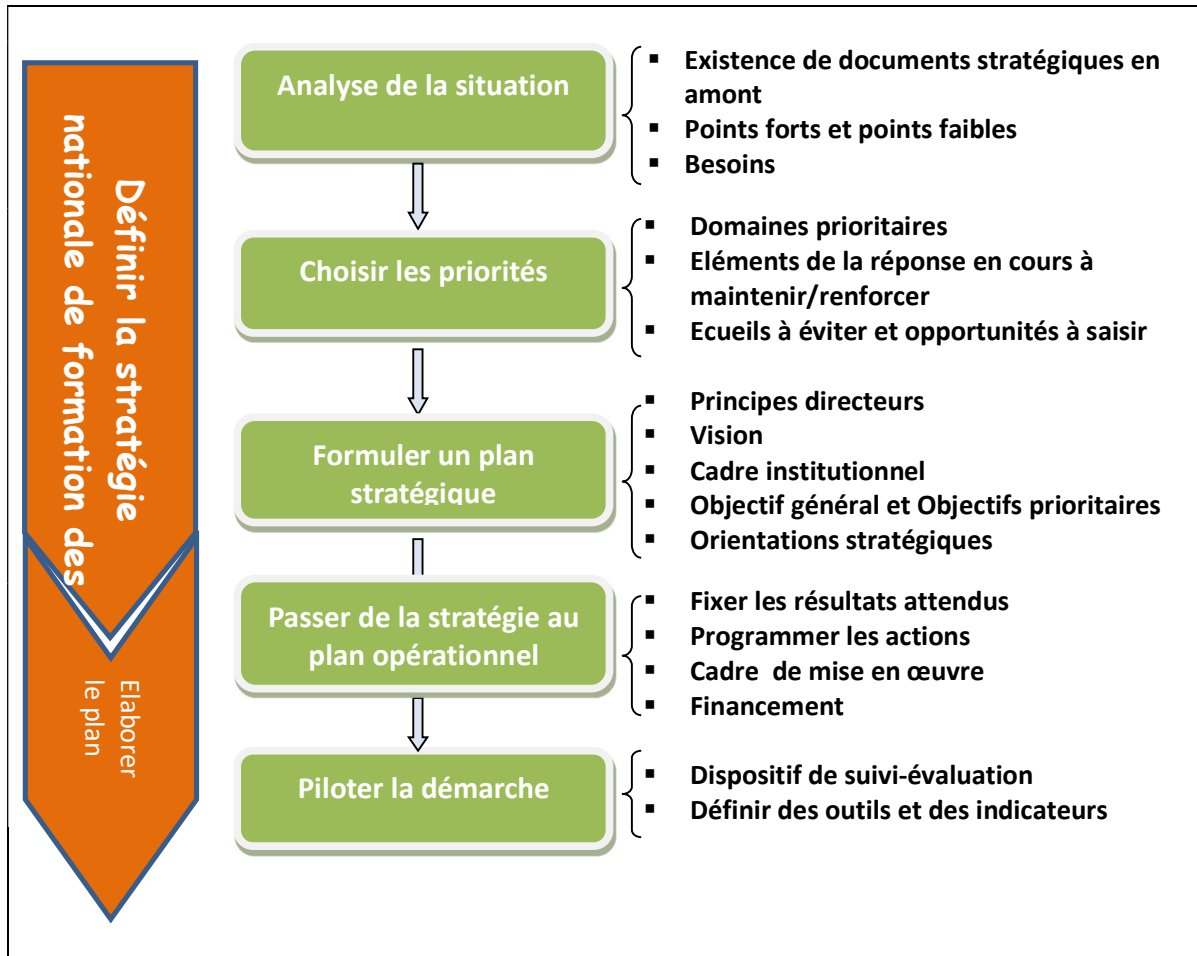


Figure 1 : Étapes pour l'élaboration de la stratégie et du plan national

a. Analyse de la situation

- Quels sont les documents d'orientation en amont de cette stratégie?
- Concernant l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité avec un accent sur la sécurité du patient, quels sont les points forts et les points faibles?
- Quels sont les besoins ou problèmes prioritaires?

b. Choix des priorités

- Quelles sont les priorités d'interventions pour résoudre les problèmes identifiés?
- Y-a-t-il des éléments de la réponse en cours à maintenir ou à renforcer?
- Y-a-t-il des écueils à éviter ou des opportunités à saisir?

c. Formulation du plan stratégique

- Énoncer la vision et les principes directeurs
- Définir le cadre institutionnel
- Formuler l'objectif général et les objectifs prioritaires
- Définir les orientations stratégiques

d. Passer de la stratégie au plan opérationnel

- Déterminer les résultats attendus
- Programmer les actions et interventions prioritaires
- Définir le dispositif de mise en œuvre et les parties prenantes
- Calculer le budget

e. Piloter la démarche

- Concevoir le dispositif de suivi-évaluation
- Définir les outils et les indicateurs de suivi-évaluation

1.2.2.2. Le cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux¹⁹

Ce cadre de référence peut être utilisé pour évaluer les caractéristiques ou dimensions de la qualité des soins dans divers secteurs du système de santé, du point de vue des usagers, des prestataires et des gestionnaires.

Le cadre de référence, comprenant huit domaines, est un outil pour améliorer le niveau d'atteinte des objectifs souhaités au niveau individuel et au niveau établissement de soins.

L'approche systémique fournit la structure permettant l'amélioration de la qualité en fonction de deux dimensions liées que sont la prestation des soins et l'expérience des patientes.

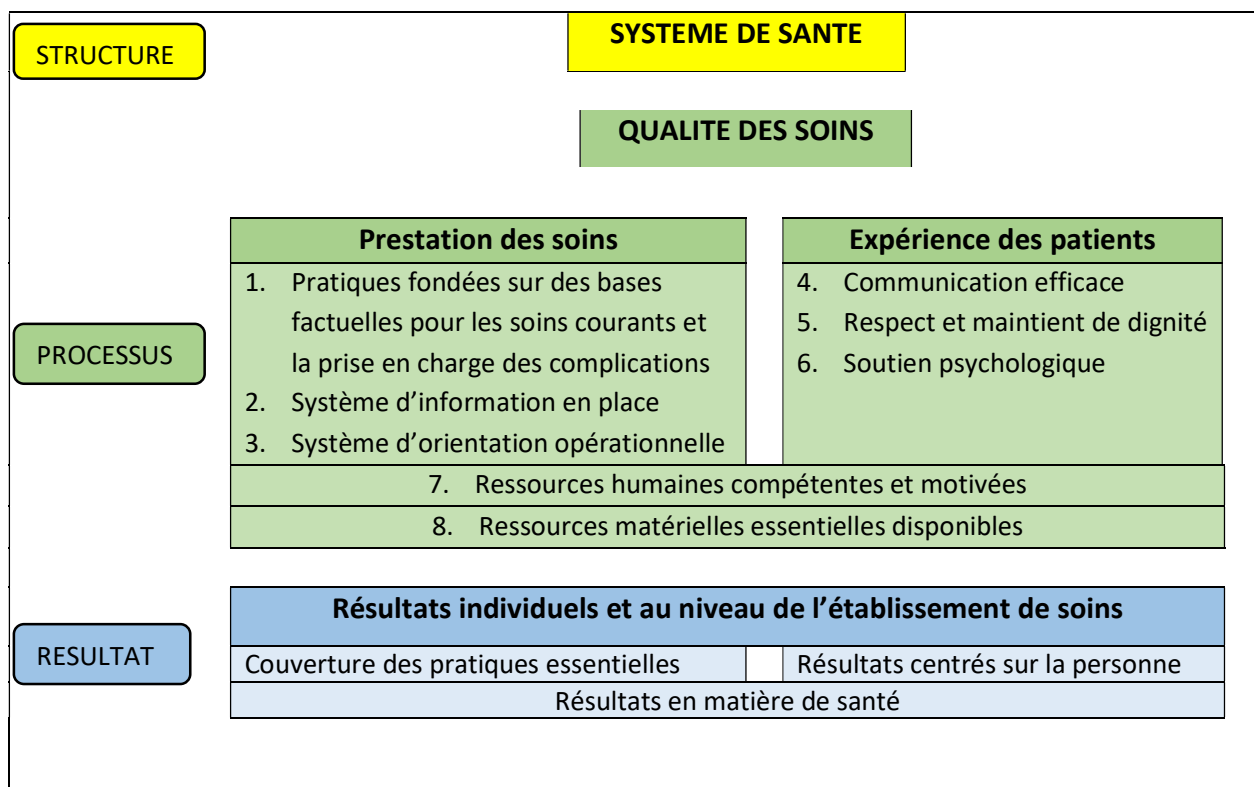


Figure 2 : Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux

¹⁹ Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. OMS 2017

1.2.2.3. Cycle d'amélioration de la sécurité du patient en 6 étapes et 12 domaines d'action²⁰

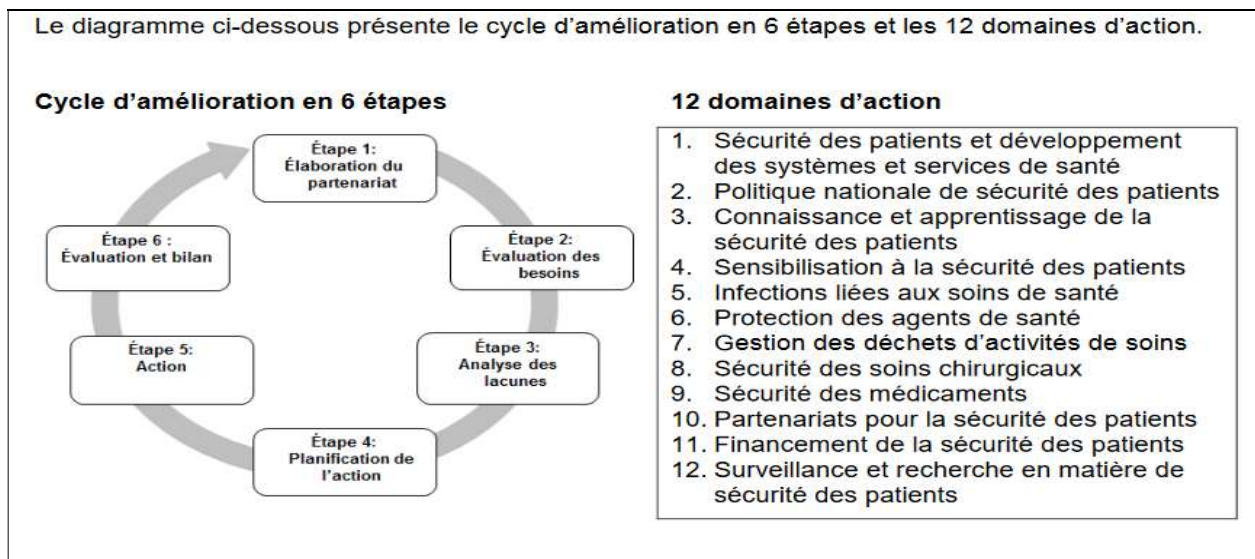


Figure 3 : Le cycle d'amélioration de la sécurité du patient

1.2.3. Collecte et analyse des données

1.2.3.1. Orientations stratégiques

Les orientations ont été recueillies auprès des autorités du Ministère de la santé (DGOS, DFSP, DQSS, ...) et à travers le briefing par les responsables du PAPS 2

1.2.3.2. Revue documentaire

La revue documentaire s'est basée essentiellement sur les documents suivants :

- Rapport de l'évaluation de l'offre des soins dans les services de chirurgie et d'anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso. Ministère de la santé Juillet 2019 ;
- Les documents de politiques et de stratégies pour le développement sanitaire du Burkina Faso
- Les Guides de l'OMS sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins chirurgicaux

1.2.3.3. Les entretiens semi-structurés avec les parties prenantes :

- Les Autorités du Ministère de la Santé : DGOS, DGAP, DGSP, DGSS, DQSS, DFSP, DSPS, DPPO, DLUM, Direction du secteur privé ;
- Le Doyen de l'unité de formation et de recherche en sciences de la santé (UFR/SDS)
- Les Présidents des sociétés savantes dans les différentes disciplines de chirurgie et d'anesthésie;

²⁰ Partenariats africains pour la sécurité des patients. Amélioration de la sécurité des patients -Dossier de préparation des partenariats. OMS/IER/PSP/2012.13© Organisation mondiale de la Santé 2012

- Les Présidents des ordres et associations professionnelles de santé ;
- Les Directeurs de quelques établissements publics et privés prodiguant des soins chirurgicaux et anesthésiques;
- Les PTF : OMS à travers des échanges par courriel

1.2.3.4. Visite de terrain dans le service de chirurgie du CMA de Pissy.

Le recueil de certaines informations sur le fonctionnement des CHU et des hôpitaux de Ouagadougou a été facilité par la présence dans l'équipe d'un consultant qui avait une excellente connaissance de ces formations sanitaires.

1.2.3.5. Analyse des données

L'analyse des données a permis de dégager les principaux problèmes de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques. Pour apporter une solution à ces problèmes, une stratégie et un plan de mise en œuvre ont été proposés.

1.2.4. Validation des produits attendus

La validation des propositions des consultants (diagnostic relatif à l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques, les priorités, la stratégie, le plan opérationnel et les recommandations) a été faite par le Groupe technique mis en place par le Ministre de la Santé.

Cette validation était faite à travers deux séances de travail.

1.2.5. Rapportage

1.2.5.1. Rapports d'étapes

- Rapport présentant le diagnostic et la stratégie validé par les membres du Groupe technique.
- Rapport présentant l'esquisse du plan opérationnel et des procédures de mise en œuvre validé par le Groupe technique.

1.2.5.2. Le document préliminaire de la stratégie nationale et du plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques au Burkina Faso.

Ce document intégrant le diagnostic, la stratégie, le plan opérationnel et les observations les recommandations a été validé par le Groupe technique. Cette validation s'est faite, en grande partie à travers des échanges par courriel pour tenir compte des mesures prises pour lutter contre la Pandémie de Covid-19.

1.2.5.3. Rapport final :

Intégration des contributions reçues par courriel de la part des membres du Groupe technique et des Sociétés savantes dans les disciplines chirurgicales et anesthésiques.

1.2.5.4. Rapport de mission

Rédigé par le Consultant international et transmis pour validation à la DUE

1.2.6. Observations et limites

L'élaboration de la Stratégie nationale et plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques au Burkina Faso 2021-2025 a été facilité par :

- Les orientations techniques de DGOS, DFSP, DQSS, DPPO, DIEM, DRH, DPRH, Direction du secteur privé, la coordination de la formation en chirurgie essentielle, PROFOS ... ;
- Les orientations du Groupe technique ;
- L'appui de l'UE à travers le PAPS 2 ;
- La disponibilité du rapport « Evaluation de l'offre des soins dans les services de chirurgie et d'anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso (2019). »
- La disponibilité d'informateurs clés :
 - ✓ Le Doyen de l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé ;
 - ✓ Les Sociétés savantes dans les disciplines chirurgicales ;
 - ✓ L'Observatoire Burkinabé pour la qualité et la sécurité des soins ;
 - ✓ Les membres des associations des Attachés de Santé ;
 - ✓ La SOGEMAB ;
 - ✓ Dr HIEN Diédon Alain, Secteur privé sanitaire.

Il convient aussi de souligner quelques facteurs limitants parmi les importants :

- Les orientations nationales en matière de planification limite l'horizon temps, pour un document comme celui-ci, à 5 ans. Un horizon de dix ans aurait été plus confortable pour mieux planifier l'atteinte de certains résultats et être en phase avec le mouvement mondial « **Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies** » qui s'est fixé comme repère l'année 2030.
- Le temps de 20 jours, imparti à la mission pour élaborer la stratégie et le plan de mise en œuvre, s'est avéré trop court face au volume réel de travail et au niveau attendu de qualité du document.
- L'absence de données sur la contribution du secteur privé dans le rapport d'évaluation.
- L'absence d'un document de normes (Infrastructures, équipements, ressources humaines) pour les CHU n'a pas permis d'évaluer par rapport une norme la situation des ressources humaines, des infrastructures, des équipements et du matériel.
- Le manque de données de bases n'a pas permis de remplir correctement le cadre de performances.

2. ANALYSE DE LA SITUATION GÉNÉRALE

2.1. CONTEXTE GÉNÉRAL

2.1.1. CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE

Le Burkina Faso est un pays sahélien, enclavé, d'une superficie d'environ 274 200 Km² et limité par le Mali (Nord-Ouest), le Niger (Nord-Est), le Bénin (Sud-Est) et la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo (Sud). Le Burkina a un climat tropical de type soudanien avec une pluviométrie moyenne annuelle variant de 300 mm au nord à plus de 1200 mm au sud-ouest. La population du Burkina Faso est estimée à 20 244 080 habitants en 2018²¹, soit une densité d'environ 73,4 habitants/km². Avec une forte croissance démographique autour de 3,16%²², la population pourrait atteindre 21 510 181 d'habitants en 2020. Le taux brut de natalité est estimé à 46,0‰, celui de la mortalité générale est de 11,8‰ et l'espérance de vie à la naissance de 56,7 ans. L'indice synthétique de fécondité est de 6,2. La population du Burkina Faso est caractérisée par son extrême jeunesse avec 47% de la population âgée de moins de 15 ans, 67% de moins de 25 ans et 33,2% des jeunes ont un âge compris entre 15 et 35 ans. Les mouvements migratoires observés se traduisent notamment, par un exode rural notable ayant pour conséquence un fort accroissement des quartiers spontanés en zone périurbaine et une migration internationale ancienne et importante.

2.1.2. CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF

Sur le plan administratif, le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions dirigées chacune par un Gouverneur de région, 45 provinces subdivisées en départements qui sont constituées par un ensemble de villages et de secteurs dans les villes. On dénombre 18 centres urbains dans le pays dont Ouagadougou est la capitale politique et Bobo-Dioulasso la capitale économique. Depuis 2012, le Burkina Faso s'est engagé dans une politique de décentralisation dans le but de renforcer les capacités d'action des collectivités territoriales et a créé des collectivités locales que sont les régions (13) et les communes (351). En 2011, le pays a connu une crise politico-sociale suivie de plusieurs rebondissements qui ont conduit à la chute de l'ancien régime. Le gouvernement de transition, mis en place, a été lui-même secouée par une tentative de coup d'état et finalement des institutions démocratiques ont été mises en place en 2015.

2.1.3. SITUATION SECURITAIRE

L'insécurité, liée au terrorisme dans les pays sahéliens, n'a pas épargné le Burkina Faso. Environ 25 % de la population vit dans des zones à sécurité précaire. Le nombre de personnes déplacées internes (PDI) atteignait 486 360 avec 80% de femmes et enfants²³. Ces PDI vivent essentiellement en communauté, dans des établissements scolaires, les lieux de culte ou des camps. Cette situation a déjà des conséquences sur le fonctionnement du système de santé, la

²¹ Institut national de la statistique et de la démographie (INSD)

²² Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). (2008). Le Burkina en chiffre

²³ Rapport de situation. Bureau OCHA, Burkina Faso. 29 Octobre 2019.

situation nutritionnelle des populations et les conditions d'hygiène et d'assainissement. Près de 881 000 personnes n'ont plus accès ou ont un accès limité aux services de santé.²⁴

2.1.4. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE²⁵

Le Burkina Faso est un pays à faible revenu (713 dollars par habitant en 2014) et aux ressources naturelles plutôt limitées. Son économie, ces cinq dernières années, a évolué dans un environnement international marqué par une stagnation du rythme de progression de l'activité dans les pays émergents et en développement, et un ralentissement dans les pays avancés. Le taux de croissance économique était passé de 4% en 2015 à 5,9% en 2016 au Burkina Faso, tandis qu'il était stable à 6% en 2015 et en 2016 dans l'UEMOA. En outre le contexte socio-économique est marqué par la persistance de la pauvreté (incidence de la pauvreté à 40,1% en 2014), un fort taux d'analphabétisme des personnes de plus de 15 ans se situant à 65,5% et une forte exploitation et consommation de ressources naturelles. L'économie est fortement dominée par l'agriculture qui occupe près de 80 % de la population active. Le coton est la culture de rente la plus importante pour le pays. Toutefois, suite à la découverte de vastes gisements miniers, les exportations aurifères ont pris de l'importance dans l'activité économique du pays.

L'Indice de développement humain (IDH) était à 0,420 en 2015. C'est donc un pays à faible niveau de développement, avec une forte croissance démographique qui fait pression sur la capacité de l'État à offrir des services sociaux de bases dont la santé, l'éducation, le logement et l'alimentation adéquate. Dans la perspective d'un développement humain inclusif et durable, les principales problématiques qui se posent sont relatives à la persistance des inégalités sociales, aux insuffisances du système productif national, à la faible qualité des ressources humaines, à l'inefficacité et à l'inefficience de la gouvernance.

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques organisés en communautés, possédant chacune ses traditions et ses manifestations culturelles. Certaines pratiques traditionnelles comme le lévirat, l'excision, le mariage d'enfant, ou des interdictions défavorables au genre, néfastes pour la santé sont aujourd'hui en net recul. A l'opposé, un riche savoir dont les tradipraticiens de santé sont les dépositaires constitue une source de la pharmacopée africaine à valoriser.

2.2. SITUATION SANITAIRE

2.2.1. ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET ORGANISATION DES SOINS

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

- Le niveau central est responsable de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;
- Le niveau intermédiaire est chargé de la coordination et de l'appui aux districts ;

²⁴ Rapport de situation. Bureau OCHA, Burkina Faso. 29 Octobre 2019.

²⁵ Politique sectorielle-santé 2018-2027. Burkina Faso

- Au niveau périphérique, l'ECD est responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

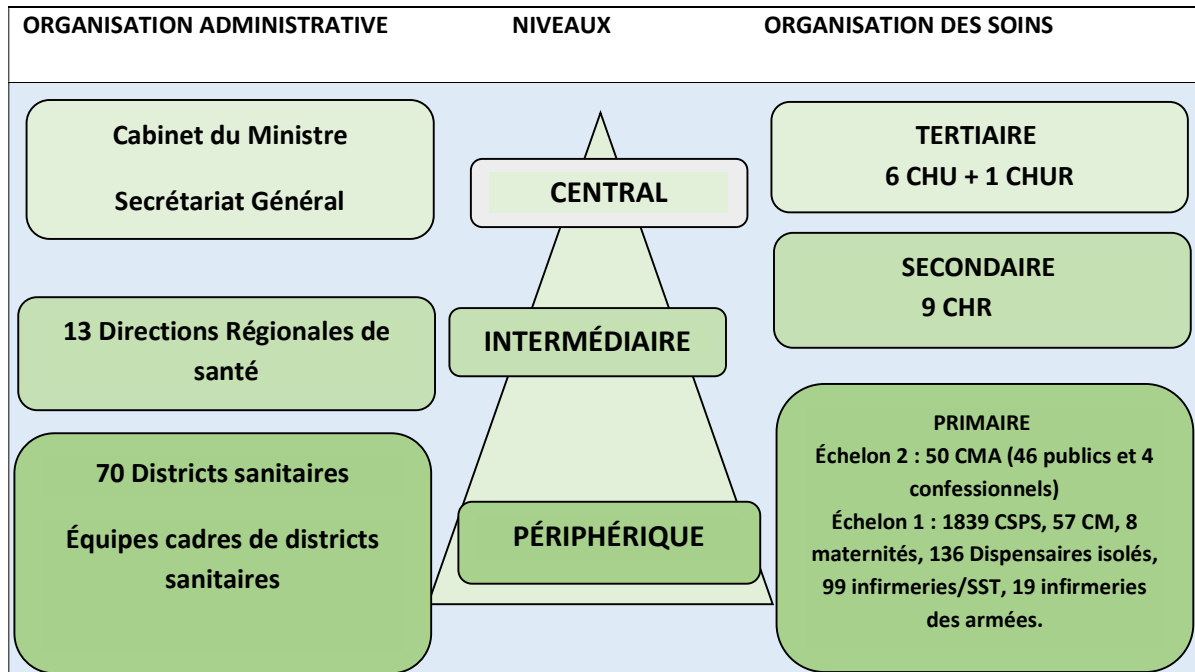


Figure 4 : Organisation administrative et organisation des soins

En plus du secteur public, le Burkina Faso compte 519 structures privées de soins, 246 officines et 647 dépôts pharmaceutiques²⁶.

En outre, il existe une pratique communautaire animée par des agents de santé à base communautaire (ASBC), des organisations à base communautaire (OBC) et d'autres acteurs de la société civile, qui interviennent dans le secteur de santé.

2.2.2. FONCTIONNEMENT

La **Politique Sectorielle de Santé (2018-2027)**, confirme l'adhésion du pays à la stratégie des soins de santé primaires et aux orientations mondiales. Elle est opérationnalisée à travers le **Plan national de développement sanitaire (PNDS)** soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers des plans triennaux glissants.

Le PNDS 2011-2020 a été évalué à mi-parcours en 2016 [2,3,4] et révisé [5] au début de 2016 dans la perspective d'accélérer l'atteinte des ODD au Burkina-Faso.

Pour répondre à la forte demande sociale de la population dans la plupart des pays, la CEDEAO a pris la résolution d'engager l'ensemble des États à consacrer au secteur de la santé au moins 15% de leur budget annuel. Depuis 2017, l'exécution budgétaire est faite à travers le budget programme.

²⁶ Annuaire statistique 2017. Ministère de la Santé. Burkina Faso

Le Budget-Programme santé 2020-2022 est exécuté à travers quatre programmes : (i) le programme *Offre de soins (055)*, (ii) le programme *Santé publique (056)*, (iii) le programme *Pilotage et soutien aux services de santé (057)*²⁷ et le programme *Accès aux produits de santé (146)*²⁸

2.2.3. ÉTAT DE SANTE DES POPULATIONS

L'espérance de vie à la naissance est passée de 53,8 ans en 1996 à 56,7 ans en 2006 mais les taux bruts de morbidité et de mortalité demeurent élevés soit respectivement 8,4‰ et 11,8‰²⁹.

Tableau I : État de santé de la population

Indicateurs	Valeur	Sources
Population totale	19 632 147	Projection 2007-2020
Espérance de vie à la naissance	56,7 ans	RGPH 2006
Taux bruts de natalité (TBN)	45,8‰	RGPH 2006
Taux de mortalité générale	11,8‰	RGPH 2006
Taux de mortalité des enfants de moins d'un an	65‰	EDS 2010
Taux global de fécondité générale	206‰	EDS 2010
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	5,4 enfants	EMDS 2015
Taux d'accroissement naturel	3,1%	RGPH 2006
Proportion des femmes	51,7%	RGPH 2006
Proportion de la population vivant en milieu rural	77,3%	RGPH 2006

Le taux de mortalité maternelle est passé de 484 à 330 décès pour cent mille naissances vivantes entre 2003 et 2015.

Le taux de mortalité infanto-juvénile reste parmi les plus élevés au monde passant de 184‰ en 2003 à 129‰ en 2010 et à 81,6‰ en 2015. La mortalité néonatale quant à elle est passée de 31‰ en 2003 à 28‰ en 2010 et à 23,2‰ en 2015.³⁰

Le profil épidémiologique du Burkina Faso est dominé par les maladies transmissibles dont les plus meurtrières sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques. L'incidence du paludisme reste élevée notamment chez les enfants de moins de 5 ans (1725‰), et les femmes enceintes. La létalité du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans était de 1,4% en 2017 contre 2,7% en 2012.

²⁷ Loi N° 051-2019/AN Portant Loi des finances pour l'exécution du Budget de l'Etat, Exercice 2020

²⁸ Plan triennal 2020-2022 du Ministère de la Santé- Burkina Faso. Août 2019

²⁹ Recensement général de la population et de l'habitat, Burkina Faso, 2006

³⁰ Institut national des statistiques et de la démographie, Burkina, enquête module démographie et santé, 2015

On assiste également à une émergence de maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle, le diabète, les cancers et les cardiopathies.

La situation nutritionnelle des enfants demeure préoccupante. En effet, 21,2% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique, 8,6% d'émaciation et 16,2% d'insuffisance pondérale³¹. Plus de la moitié des enfants de moins de six mois (52,2%) ne bénéficient pas de l'allaitement exclusif et seulement 17,9% et 17,5% de ceux âgés de 6-23 mois ont respectivement une bonne diversité alimentaire et une alimentation minimum acceptable.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH-SIDA, le taux de séroprévalence du VIH a fortement baissé passant de 4,8% en 2001 à 0,8% en fin 2016.³²

La lutte contre la tuberculose a connu un progrès notable car le taux de succès au traitement est passé de 77,8% en 2010 à 79,2% en 2017.³³

La lutte contre les maladies tropicales négligées, dont la filariose lymphatique, le ver de Guinée, le trachome, l'onchocercose, la lèpre..., a entraîné une baisse de prévalence, voire l'éradication de certaines d'entre elles comme le Ver de Guinée.

Les maladies à potentiel épidémique (rougeole, méningite, diarrhée sanguinolente, choléra, fièvre jaune, poliomyélite, Dengue) font également l'objet de surveillance accrue dans les formations sanitaires.

Le pays a été certifié indemne de poliomyélite. Malheureusement, un cas a été récemment (2020) découvert dans le DS de Ouargaye.

Grâce aux campagnes de vaccination de masse avec le Men Afrivac organisées depuis 2010 par le Ministère de la santé, le pays n'a plus connu d'épidémie de méningite.

Les acteurs communautaires ont contribué à l'atteinte des résultats obtenus à travers la mise en place des SBC. Pour une meilleure implication de ces acteurs dans l'atteinte des objectifs de santé, les principaux défis restent leur motivation, le renforcement de leurs capacités et la collaboration avec les agents de santé.

³¹ Enquête SMART, 2017

³² Plan national multisectoriel de lutte contre le Sida et les IST, Burkina Faso, 2016

³³ Ministère de la Santé, Burkina Faso, annuaire statistique 2017

3. OFFRE DES SOINS CHIRURGICAUX : PROBLÈMES ET CAUSES

Les soins chirurgicaux sont organisés aux trois niveaux de la pyramide sanitaire : Les Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA), Les Centres Hospitaliers Régionaux et les Centres Hospitaliers Universitaires Régionaux et les Centres Hospitaliers Universitaires.

Le nombre actuel de structures de santé offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques est de cinquante (50) CMA dont 4 confessionnels, neuf CHR, un CHUR et six CHU. Cependant, il faut signaler que le CHR de Ziniaré inauguré récemment n'est pas encore complètement fonctionnel.

Au Burkina Faso, à l'instar de la plupart des pays en voie de développement, le volume des actes prestés reste insuffisant par rapport à la demande potentielle et les interventions chirurgicales restent grevées d'une mortalité et d'une morbidité plus élevées que dans les pays ayant un système de santé plus avancée.

L'analyse de la situation de l'offre de soins chirurgicaux de qualité et de la sécurité du patient a été structurée autour des six (6) piliers du système de santé : (i) Gouvernance et leadership, (ii) Prestations de services et soins, (iii) Ressources humaines, (iv) Infrastructures, équipements, matériels et produits de santé, (v) Information sanitaire et (vi) Financement.

3.1. LA GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

Cette stratégie nationale et plan de renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques au Burkina Faso est alignée sur un certain nombre de documents de Politiques et de stratégies, en amont d'elle dont notamment :

- Étude prospective Burkina 2025 : Une vision consensuelle du développement;
- Étude prospective sectorielle de la santé à l'horizon 2030
- Politique Sectorielle santé, 2018-2027
- Plan national de développement économique et social, 2016-2020
- Plan national de développement sanitaire 2011-2020
- Stratégie nationale de la qualité des soins et services intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients au Burkina Faso. 2018
- Stratégie « offre de soins » au Burkina Faso. 2019

Cette stratégie s'inspire également d'autres textes opérationnels normatifs en place ou en cours de mise en place comme notamment :

- Plan d'urgence pour la continuité des soins dans les zones à sécurité précaire. MS Burkina Faso. Décembre 2019
- Directives nationales de la prévention et contrôle des infections et de la sécurité des patients en milieu de soins. 2019
- Guide de sécurité des patients dans les services de chirurgie, de maternité et néonatalogie au Burkina Faso (2018).

- Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale. OMS 2009
- Référentiel qualité des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso. 2020
- Normes et standards en infrastructures et en équipements du Centre de santé et de promotion sociale, du centre médical avec antenne chirurgicale et du Centre hospitalier régional. Ministère de la santé publique du Burkina Faso. 2004

L'analyse de situation a permis de relever un certain nombre d'insuffisances :

- Une insuffisance de la coordination intra et intersectorielle, de la redevabilité et de la priorisation ainsi que la faible performance du système de santé en termes de gouvernance, de qualité et de répartition équitable des prestations de services.³⁴
- L'absence d'un plan directeur pour le développement du secteur privé et partant une exploitation insuffisante des potentialités du partenariat public-privé.³⁵
- L'absence de documents normatifs ou directifs notamment au niveau tertiaire:
 - ✓ Les normes (personnels, infrastructures, équipements, matériel) pour les CHU-CHUR,
 - ✓ La définition actualisée de la mission et des moyens de la remplir de chacun des CHU d'une même agglomération dans le cadre de l'efficacité, de la complémentarité et de la mutualisation des moyens,
 - ✓ L'actualisation des paquets d'activités par niveau et les moyens pour les offrir;
 - ✓ Dans les grandes agglomérations, le circuit de référence entre les trois niveaux (CMA, CHR, CHU) est assez souvent contourné par les patients qui peuvent s'adresser directement au niveau tertiaire sans passer par les autres niveaux.

Les insuffisances sont également relevées en matière de (i) gestion des risques non organisée de manière systémique, (ii) non fonctionnalité de Comités mis en place pour garantir la sécurité de certains actes de soins, (iii) Absence d'orientation politique formelle en la matière, (iv) Difficultés de coordination, de communication, de mobilisation des ressources et de suivi-évaluation des activités planifiées pour la sécurité des soins de santé.³⁶

3.2. PRESTATIONS DES SERVICES ET SOINS CHIRURGICAUX

3.2.1. UN VOLUME INSUFFISANT DE PRESTATIONS

En 2018, 63 542 actes de chirurgie ont été réalisés dans les établissements de santé publics au Burkina Faso : 47 CMA fonctionnels dont 2 confessionnels, 8 CHR et 6 CHU-CHUR.

Parmi les 63 542 actes de chirurgie, 26 589 actes (42 %) ont été pratiqués au niveau des CMA, 14 516 au niveau des 8 CHR (23 %) et 22 437 au niveau des CHU-CHUR (35 %)³⁷. Trente-six pour cent (36 %) de ces actes étaient des césariennes dont plus de 43 % sont réalisés en CMA.

Environ 58 933 actes d'anesthésie ont été réalisés dont 22 445 anesthésies générales et 36 488 anesthésies loco-régionales.

³⁴ Plan national de développement sanitaire du Burkina Faso, 2011-2020. Ministère de la santé

³⁵ Stratégie « offre de soins » au Burkina Faso. 2019

³⁶ Stratégie nationale de la qualité des soins et services intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients au Burkina Faso. 2018

³⁷ Annuaire statistique, 2018

Tableau II : Interventions réalisées par les structures publiques en 2018											
	INTERVENTIONS CHIRURGICALES								ACTES D'ANESTHESIE		
	CMA		CHR		CHU-CHUR		TOTAL				
	César	Total	César	Total	César	Total	César	TOTAL	AG	AL-R	TOTAL
Boucle Mouhoun	1095	2517	402	1313			1497	3830	1112	2452	3564
Cascades	248	615	810	2220			1058	2835	1347	1047	2394
Centre	2096	6612	0	0			2096	6612	10367	11845	22212
CHU Bogodogo					2372	3789	2372	3789			
CHU Ped CDG					0	4457	0	4457			
CHU Yalgado					2634	2634	2634	2634			
CHU Tengandogo					373	2079	373	2079			
Hôpital St Camille			410	779			410	779			
Centre-Est	780	2240	634	1794			1414	4034	800	3085	3885
Centre-Nord	397	703	1098	1883			1495	2586	721	1745	2466
Centre-Ouest	519	1685	1316	2549			1835	4234	471	1970	2441
Centre-Sud	567	1435					567	1435	101	1214	1315
Est	666	1015	561	1670			1227	2685	971	1571	2542
Hauts Bassins	1062	3681			1241	7798	2303	11479	4035	4424	8459
Nord	846	1228			274	1680	1120	2908	1198	2015	3213
Plateau Central	877	2012					877	2012	224	1641	1865
Sahel	305	592	468	1243			773	1835	497	1515	2012
Sud-Ouest	412	2254	355	1065			767	3319	601	1964	2565
TOTAL	9870	26589	6054	14516	6894	22437	22818	63542	22445	36488	58933
		42%		23%		35%	36%	100			
	César=Césarienne					AG= Anesthésie générale				AL-R= Anesthésie loco-régionale	

Le rapport interventions chirurgicales par habitants est de 1/314, nettement inférieur au chiffre de 1/25 en termes de besoins estimés³⁸. Ce chiffre est encore loin de la cible, fixée par la Commission de la chirurgie mondiale du Journal The Lancet à l'horizon 2030, de 5 000 interventions/100 000 personnes³⁹.

Le rapport nombre de patients pris en charge/Anesthésiste/an est très bas.

Les résultats provisoires d'une étude en cours au Burkina Faso (dans 2 CHR, 2 HD de Ouaga et 4 CHU) montrait que ce rapport était de 50-60 patients par agent. Alors que ce rapport varie entre 1500 et 2000/anesthésiste/an, selon les standards internationaux.⁴⁰

³⁸ ALLIANCE MONDIALE POUR LA SECURITE DES PATIENTS. UNE CHIRURGIE PLUS SURE POUR EPARGNER DES VIES. OMS 2008

³⁹ Global surgery 2030: Faits et Solutions pour le développement de la santé, du bien-être et de l'économie. Rapport de la Commission de la chirurgie mondiale du Journal The Lancet.

⁴⁰ Etude menée par la SARMUB dans 8 hôpitaux.

3.2.2. UNE SOUS NOTIFICATION DES ACTES PRESTÉS.

La sous notification est due en partie à la transmission incomplète des données compilées depuis le district sanitaire jusqu'au niveau national. Par exemple, selon les données tirées de l'Annuaire Statistique 2018, l'activité opératoire du CHU-YO se résumerait à 2634 césariennes, sans aucune autre intervention rapportée dans les autres spécialités.

Des informations fiables indiquaient qu'une partie importante d'actes chirurgicaux et anesthésiques sont pratiqués dans les blocs opératoires des formations sanitaires publiques, sans laisser de traces sur les registres.

3.2.3. L'INDISPONIBILITÉ DU PERSONNEL

La production de services en chirurgie est faible, en grande partie à cause de l'indisponibilité du personnel, consécutive aux mouvements sociaux répétitifs et aux absences non justifiées.

3.2.4. LES ÉVACUATIONS À L'ÉTRANGER POUR CERTAINES PATHOLOGIES

En moyenne, chaque année, cent personnes sont évacuées vers les hôpitaux à l'étranger pour un coût d'environ un milliard de francs CFA. Ce montant, bien qu'élevé, est largement insuffisant pour couvrir la demande réelle. Les interventions non offertes sur place sont notamment la chirurgie à cœur ouvert, la greffe rénale, la chirurgie reconstructrice, etc.

3.2.5. LE DYSFONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LES RÉGIONS TOUCHÉES PAR L'INSÉCURITÉ

Le contexte sécuritaire difficile a entraîné le dysfonctionnement du système de santé dans les régions suivantes : Boucle du Mouhoun, Centre Est, Centre Nord, Est, Nord et Sahel.

Le dysfonctionnement de l'offre de soins se caractérise par :

- La perturbation de la permanence des services et de la continuité des soins (gardes, interventions en stratégies avancées etc.) due à l'arrêt total ou partiel des activités dans 236 formations sanitaires;
- La fermeture d'au moins 98 FS dont 56,1% au Sahel et 17,35% au Centre-Nord;
- Le redéploiement, dans les FS voisines qui fonctionnent, de trois cents quatre-vingt-un (381) agents parmi les 3910 agents affectés dans les districts des zones concernées (9,7 %);
- Un accès aux services de santé limité ou coupé pour environ 881 000 personnes⁴¹;
- Le nombre élevé de traumatismes et plaies de guerre dont la prise en charge représente un défi par un personnel non expérimenté et disposant de ressources limitées;
- Des difficultés d'évacuation des patients du fait du retrait ou de la destruction d'ambulances;
- Des ruptures de stock de médicaments, réactifs de laboratoire et consommables causées par les difficultés d'approvisionnement;
- L'insuffisance de la capacité de stockage des produits sanguins;
- L'impossibilité de réaliser les supervisions des agents de santé des FS et des ASBC;
- La surcharge de travail impacte sur la qualité des prestations dans les FS des districts accueillant les PDI.

⁴¹ Rapport de situation. Bureau OCHA, Burkina Faso. 29 Octobre 2019.

Tableau III : Fonctionnalité des FS dans 6 régions touchées par l'insécurité⁴²

Région	Nombre total des FS de la région	FS fermées		FS à activités réduites		FS accueillant des PDI		Population couverte /FS fermées
		Nombre	%	Nombre	%	nombre	%	
BMH	260	08	03	30	11,5	54	20,8	50 878
Centre-Est	176	03	1,7	08	4,5	00	00	32 079
Centre-Nord	170	17	17,35	24	14,1	44	25,9	240 569
Est	166	03	3,6	18	15,5	22	10,2	101 264
Nord	249	12	4,8	23	9,2	33	13,2	116 176
Sahel	119	55	46,2	35	29,4	31	21,8	709 556
Total	1140	98	8,8	138	12,1	184	15	1 250 522

La situation et l'ampleur des besoins appellent le renforcement de la coordination de plusieurs acteurs : État, Société civile, les Organisations à base communautaires, les ONG nationales et internationales et les forces de défense et de sécurité, ...

3.2.6. L'OFFRE DES SOINS CHIRURGICAUX ET ANESTHÉSQUES PRÉSENTE DES INSUFFISANCES EN TERMES DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DU PATIENT

3.2.6.1. Une mortalité élevée et des complications post-opératoires fréquentes

La problématique de la qualité des soins chirurgicaux se traduit par une mortalité élevée et des complications post-opératoires fréquentes.

Selon une étude réalisée dans l'Unité des urgences traumatologiques du CHU-YO (2008) sur 5 185 patients victimes de traumatismes, le taux de mortalité s'élevait à 1,4%.⁴³

L'audit de décès des urgences abdominales aux urgences viscérales du CHU-YO réalisé en 2014 sur 101 cas de décès, montrait un taux de mortalité globale de 7,96%. Les retards de prise en charge et les insuffisances de réanimation étaient les principaux facteurs de ce pronostic.

Une étude, sur les complications post opératoires précoces des abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO réalisée en 2013 et portant sur 98 cas, montrait un taux de complications post-opératoires précoces (CPOP) qui s'élevait à 16,6 % dont 76,7 % de CPOP infectieuses.⁴⁴

⁴² Plan d'urgence pour la continuité des soins dans les zones à sécurité précaire. MS Burkina Faso. Décembre 2019

⁴³ Mortalité dans l'Unité des urgences traumatologiques du CHU Yalgado Ouedraogo . Université de Ouagadougou (UFR/SDS). Thèse 2008

⁴⁴ Les complications post opératoires précoces des abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO: A propos de 98 cas. Université de Ouagadougou (UFR/SDS). Thèse 2013

3.2.6.2. Des insuffisances en management de la qualité des soins

Pour la qualité, la sécurité du patient et les soins centrés sur la personne l'analyse de situation faite dans la stratégie de l'offre de soins au Burkina Faso reste applicable à l'offre de soins chirurgicaux.⁴⁵

Pour **le management de la qualité** des soins chirurgicaux on observe entre autres :

- (i) Dans le management administratif et médical des FS, l'orientation qualité est insuffisante;
- (ii) La normalisation des prestations est insuffisante;
- (iii) La métrologie est quasi inexistante ;
- (iv) Les outils d'amélioration de la qualité sont peu diffusés;
- (v) Les compétences du personnel en matière de management de la qualité sont insuffisantes.

En ce qui concerne **les soins intégrés centrés sur les personnes**, on observe :

- (i) La communication pour le changement social et comportemental en faveur des communautés est insuffisante;
- (ii) La prise en compte de l'autonomisation des personnes et des familles dans les protocoles de soins et dans l'organisation de l'offre de soins dans les FS est insuffisante;
- (iii) L'évaluation de la satisfaction des patients dans les FS est peu pratiquée;
- (iv) Le recours aux patients experts pour accompagner l'offre de soins est peu pratiqué;
- (v) L'évaluation des soins personnalisés et des plans de traitement est peu pratiquée.

Pour **le volet sécurité des patients**, on note :

- (i) Le système de management de la sécurité des soins est peu performant;
- (ii) Le mécanisme de gestion des risques est inexistant;
- (iii) L'évaluation des pratiques professionnelles est presque inexistante;
- (iv) Le système de veille sur les erreurs de pratiques et les événements indésirables est peu fonctionnel ;
- (v) La culture de sécurité des usagers et des professionnels de la santé est peu développée dans les FS.

3.2.6.3. Des actes de chirurgie pratiqués par des non chirurgiens sans supervision formelle

La majorité des actes de chirurgie rapportés au niveau des CMA, soit plus de 42 % du chiffre des interventions faites au Burkina Faso, sont pratiqués par les médecins généralistes formés à la chirurgie essentielle et les attachés de santé sans supervision formelle.

Aujourd'hui, *44 médecins généralistes formés à la chirurgie essentielle* sont en services dans les CMA. L'analyse montrait qu'aucun district dans les Régions n'atteignait le chiffre de quatre (4) médecins généralistes avec compétences chirurgicales prévu par les normes⁴⁶. Le déficit, calculé

⁴⁵ Stratégie de l'offre de soins au Burkina Faso. 2019

⁴⁶ Normes en personnels des formations sanitaires publiques. Ministère de la Santé-Burkina Faso 2016

sur la base des 47 CMA fonctionnelles, atteint 144 médecins généralistes avec compétences chirurgicales.

La formation des médecins généralistes à la chirurgie essentielle a été lancée en 1994 et environ 400 médecins ont bénéficié de cette formation (2019), soit une moyenne de 15 médecins formés chaque année et 27 médecins sont actuellement en formation (2020).

La formation est faite sur une période de six mois. D'une manière générale, plusieurs observateurs pensent que la période de formation est trop courte pour atteindre un niveau d'autonomisation complète sans aucune supervision.

Cette formation n'étant pas valorisée ni sur le plan académique ni sur le plan carrière, les médecins formés, plutôt que de s'installer durablement dans les blocs opératoires, ils cherchent à entreprendre le plus rapidement possible des études de spécialisation ou à être nommés MCD, charge qui ne leur laisse guère le temps de pratiquer la chirurgie.

En pratique, l'essentiel des activités chirurgicales et anesthésiques, sinon la totalité dans certaines FS, est pratiqué par les attachés de santé. Ils sont au nombre de 1 673 dont 71 attachés de santé en soins gynéco-obstétrique, 701 en chirurgie, 118 en ORL, 87 en Ophtalmologie et 695 en anesthésie. La presque totalité des actes d'anesthésie dans les CMA et dans les CHR sont pratiqués par les attachés de santé en anesthésie.

Les attachés de santé dans les disciplines chirurgicales et anesthésiques sont formés à l'école de santé publique sur une durée de 2 ans comme aides opérateurs et aides anesthésistes. Il s'agit d'une formation après le Diplôme d'IDE ou SFE. De l'avis de plusieurs observateurs, les plus anciens attachés de santé avaient pu acquérir un niveau de dextérité qu'on ne retrouve plus chez les générations plus jeunes.

3.2.7. NIVEAU DE PRATIQUE DE L'HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT NON SATISFAISANT

3.2.7.1. Gestion non satisfaisante des déchets biomédicaux⁴⁷

Les boîtes de sécurité étaient disponibles dans tous les CHU et dans tous les CHR sauf un, le CHR de Banfora. Il n'y avait pas de boîtes de sécurité dans 8 CMA (22%). L'absence de poubelle de deux couleurs était constatée dans trois CHR et 11 CMA. Les incinérateurs de déchets biomédicaux sont dans beaucoup de cas non fonctionnels ou fonctionnent mal.

⁴⁷ Evaluation de l'offre des soins dans les services de chirurgie et d'anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso. Rapport Ministère de la Santé. Juillet 2019

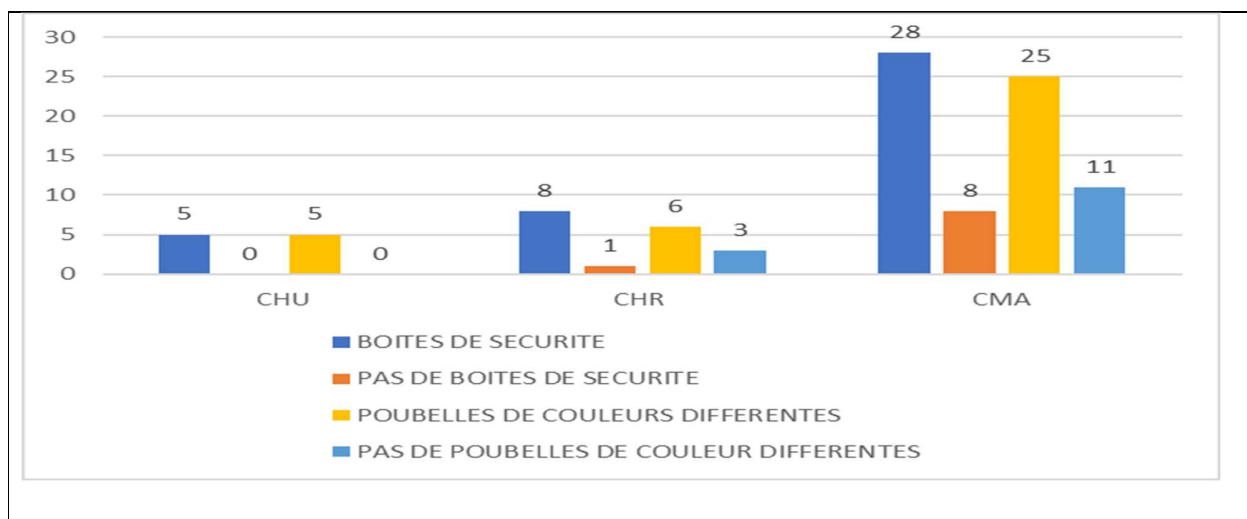


Figure 5 : État de la gestion des déchets biomédicaux

3.2.7.2. Respect non systématique des règles et pratiques d'hygiène et assainissement

La présence d'affiche sur la désinfection était effective dans deux CHU sur cinq, dans huit CHR sur neuf et dans 25 CMA sur 36.

La pré désinfection au détergent désinfectant (DD) est pratiquée dans tous les CHU, dans seulement trois CHR (Dédougou Tenkodogo et Koudougou) et 13 CMA.

La pré désinfection à l'eau de Javel non recommandée par l'OMS est toujours utilisée par des CHR et des CMA.

3.2.7.3. Le dispositif basique pour assurer la sécurité du patient est peu appliqué.

Les mesures destinées à assurer la sécurité des patients ne sont correctement appliquées du fait d'insuffisances dans les infrastructures, les équipements, le matériel et le comportement des personnels.

Ainsi, le lavage chirurgical qui est une norme fondamentale n'est pas une réalité dans toutes les structures. Les blocs opératoires de trois CHR (Gaoua, Kaya et Dori) et de quatorze CMA (soit 38%) ne sont pas équipés de lavabos adéquats pour le lavage chirurgical des mains. Des ruptures de stock de savon doux et de solutions hydro alcooliques ont été observées dans deux CHU, quatre CHR et plus d'une dizaine de CMA.

Le port des équipements individuels de protection (tuniques-pantalons de bloc, masques, couvre-cheveux, couvre-chaussures, etc.) n'est pas correctement pratiqué du fait d'une fourniture insuffisante ou inexistante, de l'absence de vestiaires adéquats, de l'absence de circuit de blanchissage-stérilisation, mais aussi de mauvaises habitudes (personnel se promenant à travers l'établissement en combinaison de bloc).

Quant à la check-list de l'OMS pour la sécurité du patient au bloc opératoire, quatre CHR (Dédougou, Banfora, Fada et Dori) et 17 CMA soit (46%) ne l'utilisent jamais. Dans les autres, son application est irrégulière et très incomplète.

3.3. LES RESSOURCES HUMAINES SONT INSUFFISANTES ET MAL RÉPARTIES

3.3.1. LES EFFECTIFS DE SPÉCIALISTES DANS LES DISCIPLINES CHIRURGICALES SONT INSUFFISANTS.

Tableau IV : Les personnels affectés dans les services chirurgicaux et anesthésiques

	Spécialités	CMA ⁴⁸	CHR ⁴⁹	CMA+ CHR	Normes ⁵⁰ CMA+CHR	Ecart ⁵¹ CMA+CHR	CHUR+ CHU ⁵²	CMA+ CHR+CHU ⁵³
1.	Médecins formés à la chirurgie essentielle	44	0	44	150	-106	0	-
2.	Urologues	0	0	0	0	0	12	12
3.	Chirurgiens généraliste et digestive	10	10	20	18	2	28	48
4.	Traumatologues	0	4	4	0	4	29	33
5.	Chirurgien cardio-vasculaire	0	0	0	0	0	1	1
6.	Neurochirurgiens	0	0	0	0	0	5	5
7.	Médecins spécialistes en ORL	0	7	7	9	-6	17	24
8.	Ophtalmologues	2	2	4	9	-5	13	35
9.	Chirurgiens maxillo-faciaux	0	0	0	0	0	11	11
10.	Médecins anesthésistes	2	2	4	9	-5	32	36
11.	Gynéco-obstétriciens	21	21	42	18	24	60	102
12.	Chirurgiens pédiatres	0	0	0	0	0	11	11
13.	Anesthésistes (Chir cardiaque)					-2	2	
14.	Perfusionnistes cliniques ⁵⁴					-2		
15.	Chirurgie oncologique					-4	1	
16.	Spécialistes histocompatibilité					-2	0	
18.	Attachés de santé en soins gynéco-obstétrique	32	24	56	126	-70	15	71
19.	Attachés de santé en anesthésie	226	144	370	387	-17	325	695
20.	Attachés de santé en chirurgie	286	119	405	432	-27	296	701
21.	Attachés de santé en ORL	29	23	52	96	-44	66	118
22.	Chirurgiens-dentistes	1	3	4	17	-13	13	17
23.	Attachés Odonto-stomatologie	1	0	1	94	-93	0	1
24.	Attachés de santé en ophtalmologie	27	28	55	96	-41	32	170
25.	Infirmiers	536	230	766	870	-104	429	1195
26.	Garçons et filles de salle	132	72	204	201	-201	221	425
	TOTAL	1349	685	2034	2514	-484	1627	3658

⁴⁸ CMA : personnels affectés dans les CMA

⁴⁹ CHR : personnels affectés dans les CHR

⁵⁰ Chiffres des Effectifs tels que fixés par les normes

⁵¹ Ecart= nombre total des personnels prévues par les normes par catégories dans les CMA et CHR- Effectifs affectés dans les CMA et CHR

⁵² CHUR+ CHU : effectifs affectés dans les CHU et le CHUR de Ouahigouya

⁵³ CMA+ CHR+CHU : Total des effectifs dans les CHU, CHUR, CHR et CMA

⁵⁴ Technicien spécialiste responsable du fonctionnement de la circulation extra-corporelle lors d'une chirurgie à cœur ouvert

Les données utilisées proviennent du rapport d'évaluation de l'offre des soins dans les services de chirurgie et d'anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso réalisée en Juillet 2019⁵⁵ et de la compilation des PA des CMA qui n'ont pas été visités.

Selon ce rapport, les effectifs rapportés des personnels affectés dans les services publics de chirurgie des CMA, CHR, CHU-CHUR publics atteignait le chiffre de 3627.

L'effectif comprend 44 médecins formés en chirurgie essentielle, 261 spécialistes dans les différentes disciplines chirurgicales et 12 médecins anesthésistes-réanimateurs.

Parmi les 261 spécialistes dans les différentes disciplines chirurgicales il y a 12 urologues, 48 chirurgiens généralistes et digestifs, 33 traumatologues, 1 Chirurgien cardio-vasculaire, 5 neurochirurgiens, 26 ORL, 35 ophtalmologues, 11 chirurgiens maxillo-faciaux, 11 chirurgiens pédiatres et 102 gynéco-obstétriciens.

Il y a aussi 17 chirurgiens-dentistes et 1673 attachés de santé dont 71 attachés de santé en soins gynéco-obstétrique, 701 en chirurgie, 118 en ORL, 130 en Ophtalmologie et 695 en anesthésie.

L'effectif comprend également 1195 infirmiers, 425 Garçons ou filles de salle et 559 agents appartenant à d'autres catégories comme les sages-femmes, agents de stérilisation, agents de buanderie, ...

En comparant les effectifs par rapport aux normes minimales définies pour les CMA et les CHR nous constatons un déficit de 484 agents sur l'ensemble. Ce déficit touche pratiquement tous les profils : 88 pour les Médecins formés à la chirurgie essentielle, 20 pour les médecins spécialistes prévus au niveau des CHR, 305 pour les attachés de santé et 104 pour les IDE.

Cependant, une analyse plus approfondie montrait que déficit global se répercutait de manière inégale sur les effectifs des FS. Selon des informations reprises de rapports de supervision du niveau intermédiaire par le niveau tertiaire, plusieurs CHR se retrouveraient en situation de sureffectif relatif des attachés de santé en chirurgie, gynécologie-obstétrique et anesthésie.

3.3.2. RÉPARTITION DÉSÉQUILIBRÉE DES SPÉCIALISTES EN FAVEUR DES VILLES ABRITANT LES CHU.

Soixante-treize (73) % des médecins spécialistes dans les disciplines chirurgicales et anesthésiques sont affectés dans les CHU-CHUR, donc au niveau tertiaire. Quinze (15) % sont affectés dans les CHR et 12 %, essentiellement des Gynécologues-obstétriciens, prestent dans les CMA.

Les deux régions qui ont des CHU totalisent 213 médecins spécialistes sur 273 (78 %) avec respectivement 147 pour la Région Centre, 66 pour la région des Hauts -Bassins (22%) et les onze autres régions se partagent 60 spécialistes (22 %).

⁵⁵ Evaluation de l'offre des soins dans les services de chirurgie et d'anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso. Rapport Ministère de la Santé. Juillet 2019

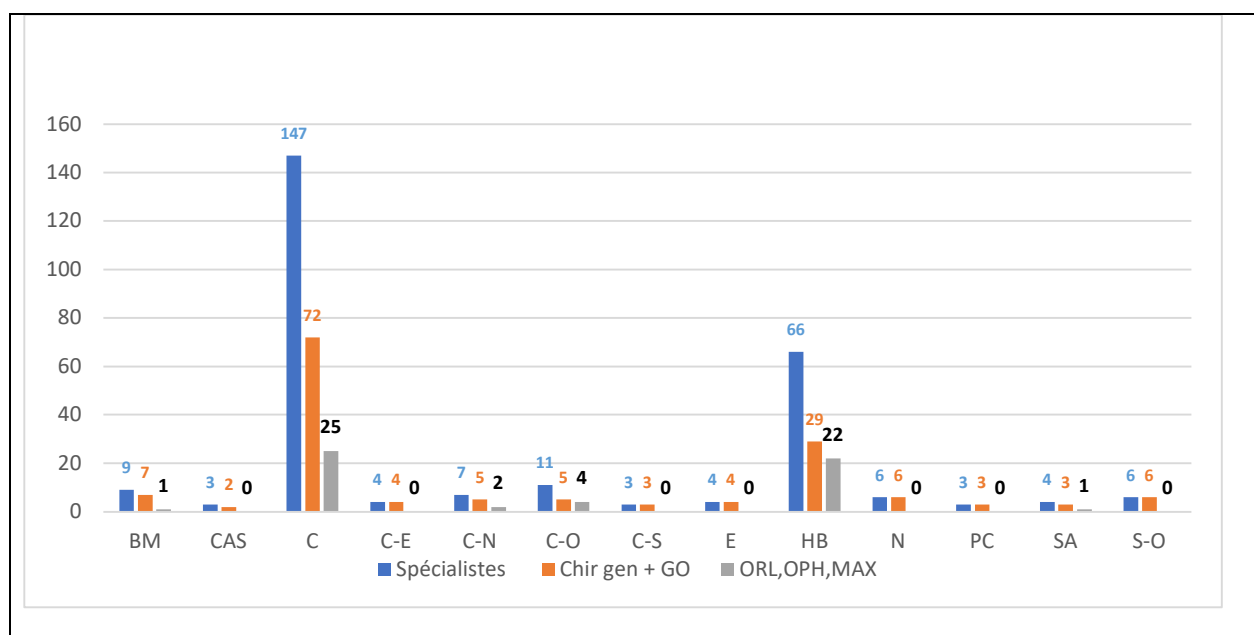


Figure 6: Répartition des Spécialistes par Région

Ce déséquilibre se retrouve aussi pour la catégorie des attachés de santé, une catégorie créée pour jouer le rôle d'aide et qui s'est renforcée avec le temps au point de pratiquer une gamme d'actes chirurgicaux pour suppléer la carence de médecins spécialistes.

L'effectif des attachés de santé atteint 1644 dont 578 affectés dans la région du Centre (35 %) et 377 dans la Région des Hauts-Bassins (23 %). Les effectifs, dans les onze autres Régions, atteignent le chiffre de 689 attachés de santé (42 %).

En dehors de la Région du Centre et celle des Hauts-Bassins, aucune autre Région n'atteint les chiffres fixés par les normes actuellement applicables.

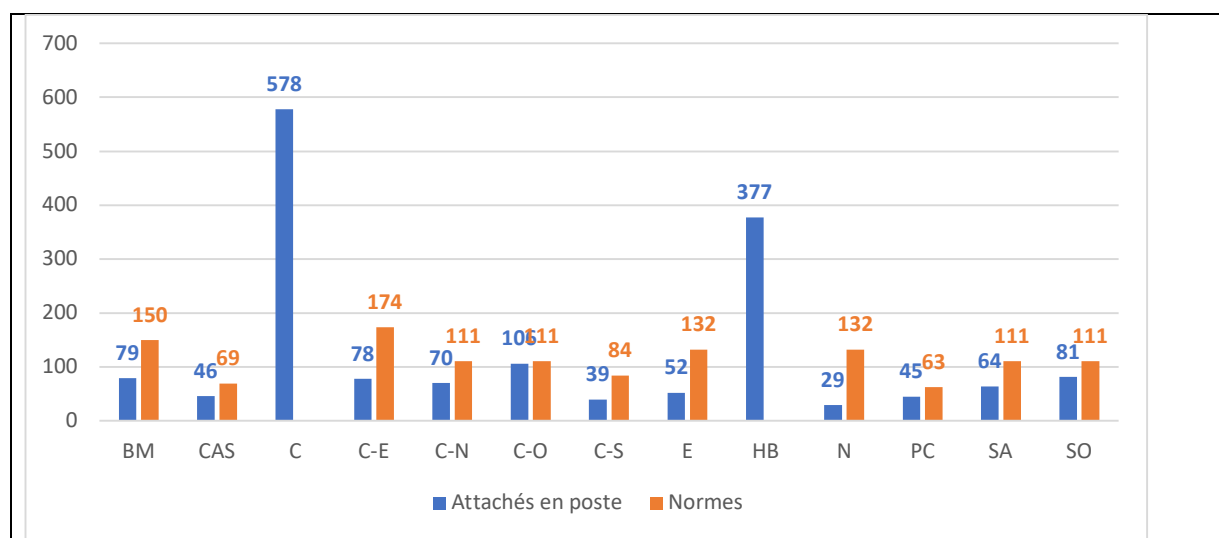


Figure 7 : Répartition des attachés de santé par Régions

3.3.3. MANQUE DE SUFFISAMMENT DE SPÉCIALISTES POUR LA PRATIQUE DE CHIRURGIE DE POINTE

Grâce aux progrès techniques, des pathologies chirurgicales pour lesquelles aujourd'hui la seule solution est une évacuation coûteuse et peu accessible aux populations vulnérables, pourraient être progressivement prises en charge au Burkina Faso. Mais les équipes ne sont pas encore constituées. Il s'agit notamment de la chirurgie cardiaque à cœur ouvert, de la transplantation rénale, de la transplantation hépatique, de la chirurgie reconstructrice, la chirurgie de certaines malformations du nouveau-né, etc. Des équipes internationales organisent épisodiquement des campagnes de prise en charge sur place de certaines de ces pathologies.

3.3.4. DES INSUFFISANCES DANS LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Les valeurs, telles que le respect de la hiérarchie, la culture de la discipline et l'application des sanctions, se perdent progressivement à cause de l'interventionnisme néfaste pratiquée parfois par ceux-là même qui devraient les préserver. Parmi les effets notoires de cette situation, il faut citer la quasi impossibilité d'opérer durablement les redéploiements nécessaires des effectifs accumulés en surnombre dans les grands centres.

3.3.5. LES MÉDECINS SPÉCIALISTES ET ATTACHÉS EN COURS DE FORMATION ET BESOINS DE FORMATION

Grâce à l'effort en cours, on retrouve dans les différentes filières de formation *273 médecins en formation dont* 49 en anesthésie-réanimation, 40 en gynécologie-obstétrique, 35 en chirurgie traumatologique, 30 en chirurgie générale et digestive, 27 en urologie, 19 en neurochirurgie, 15 en ophtalmologie, 12 en ORL et 11 chirurgiens pédiatres⁵⁶.

Ces ressources, affectées prioritairement vers les CHR et les CMA, permettraient d'offrir progressivement aux populations rurales des soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, sécurisés et pratiqués par des médecins spécialistes.

Parallèlement, 255 attachés de santé sont en formation et sortiront dans les deux prochaines années.

⁵⁶ Source : PROFOS

Tableau V : Médecins spécialistes et attachés de santé en cours de formation ⁵⁷ et besoins de formation						
	Spécialités	CMA+CHR	Besoins estimés CMA+CHR	Besoins de formation	En cours de formation (Mars 2020)	A former
1.	Chirurgie essentielle	44	171	127	27	100
	CHIRURGIE ET ANESTHÉSIE					
2.	Urologie	0	39	39	27	12
3.	Chirurgie générale et digestive	20	166	146	30	116
4.	Chirurgie Traumato-orthopédique	4	50	46	35	9
6.	Neurochirurgie	0	0	0	19	-
7.	ORL	7	26	19	10	9
8.	Ophtalmologie	4	26	22	15	7
9.	Chirurgie maxillo-faciale	0	26	26	21	5
10.	Anesthésie-Réanimation	4	201	197	47	150
11.	Gynécologie-obstétrique	42	103	61	40	21
12.	Chirurgie pédiatrique	0	13	13	11	2
13.	Chirurgie dentaire	4	39	35	27	12
	CHIRURGIE DE POINTE EN CHU-CHUR					
14.	Anesthésie cardio-vasculaire		4		2*	2
15.	Chirurgie oncologique		5		1*	4
16.	Perfusionnistes cliniques		4		2*	2
17.	Immuno-histocompatibilité		2		0*	2
	ATTACHES DE SANTE					
18.	Gynéco- obstétrique	56	126	70	0	70
19.	Anesthésie	370	387	17	88	-
20.	Chirurgie	405	432	27	73	-
21.	ORL	52	96	44	24	20
22.	Chirurgiens-dentistes	4	17	13	27	-
23.	Odonto-stomatologie	1	94	93	0	93
24.	Ophtalmologie	55	96	41	43	-
	TOTAL	2034		484		
	*en formation ou en fonction					

Les bases de l'estimation du nombre des personnels des spécialités chirurgicales et anesthésiques à former, au cours des 5 prochaines années, est basée sur :

- a. Le nombre des personnels déjà en cours de formation (Tableau V);

⁵⁷ Situation en 2020, donnée par le PROFOS

- b. La nécessité de médecins généralistes formés à la chirurgie essentielle pour assurer la transition avant l'arrivée de médecins spécialistes;
- c. Les besoins spécifiques présentés par la SARMUB (150 anesthésistes-réanimateurs);
- d. Le projet de la SOBUCHIP d'affecter au moins un chirurgien pédiatre dans chaque CHR en plus de ceux déjà en service dans les CHU;
- e. L'hypothèse de décentralisation des médecins spécialistes avec l'affectation
 - au niveau CMA de médecins spécialistes : 2 en chirurgie générale et digestive, 1 en anesthésie-réanimation, 2 en Gynécologie-obstétrique et
 - au niveau de chaque CHR de 2 Chirurgiens traumatolo-orthopédistes, 1 chirurgien pédiatre et 2 Gynéco-obstétriciens;
- f. L'hypothèse d'une mise en service, au cours de 5 prochaines années, des 7 CMA et du CHR en cours de construction.
- g. La mise en route d'activités de chirurgie de pointe : Chirurgie cardiaque à cœur ouvert, la transplantation rénale et hépatique.
- h. Le renforcement des services de traumatologie pour répondre à l'augmentation du nombre de traumatismes du fait des accidents de la voie publique et de la situation de conflit.

Ainsi il est prévu, au cours de 5 prochaines années et probablement 10 pour certaines disciplines, la formation de 100 médecins généralistes à la chirurgie essentielle, 12 Urologues, 116 spécialistes en chirurgie générale et digestive, 9 chirurgiens traumatolo-orthopédistes, 9 spécialistes en ORL, 7 ophtalmologues, 5 chirurgiens maxillo-faciaux, 150 anesthésistes-réanimateurs, 2 chirurgiens pédiatres, 21 gynéco-obstétriciens, 12 chirurgiens-dentistes, 2 anesthésistes spécialisés en chirurgie cardiaque, 4 chirurgiens oncologiques, 2 perfusionnistes cliniques et 2 spécialistes en immuno-histocompatibilité.

Le programme prévoit aussi la formation de 70 attachés de santé en gynéco-obstétrique, 20 attachés de santé en ORL et 93 attachés de santé en odonto-stomatologie.

3.4. INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS, MATERIEL ET PRODUITS DE SANTE

3.4.1. UNE COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE INCOMPLÈTE EN FORMATIONS SANITAIRES OFFRANT DES SOINS CHIRURGICAUX ET ANESTHÉSQUES.

L'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques par les formations sanitaires publiques est organisée sur 3 niveaux :

Le niveau tertiaire s'appuie sur cinq (5) Centres Hospitaliers Universitaires (CHU Yalgado Ouédraogo, CHU Bogodogo, CHU Tengandogo, CHU Pédiatrique Charles De Gaulle à Ouagadougou et CHU Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso) et le CHU-Régional de Ouahigouya.

Des centres spécialisés en voie de création (centre de cancérologie, centre de neurochirurgie, centre de médecine physique et de réadaptation et centre de médecine traditionnelle et de soins intégrés) **pourront constituer un quatrième niveau.**⁵⁸

⁵⁸ Stratégie de l'offre de soins. Ministère de la santé – Burkina Faso 2019.

Le niveau intermédiaire comprend huit Centres Hospitaliers Régionaux : CHR de Dédougou, de Banfora, de Tenkodogo, de Kaya, de Koudougou, de Fada N’Gourma, de Dori et de Gaoua. Le CHR de Ziniaré a été inauguré mais ne serait pas encore totalement opérationnel.

Le niveau primaire (2^e Echelon) comprend cinquante CMA (46 publics et 4 confessionnels) fonctionnels

La région du Centre Sud ne possède pas de CHR (la pose de la première pierre a eu lieu) et concernant le CHR de Ziniaré, inauguré le 05 décembre 2019, son pôle chirurgical n’est pas encore entré en service.

Dix (10) districts sanitaires ne disposent pas actuellement de CMA : DS de Mangodara, Tougouri, Boussouma, Sabou, Tenado, Kanrangasso Vigue, Lena, N’dorola, Thiou et Kampti.

Deux (2) CMA, celui de N’dorola et de Kampti, sont en cours de construction sur financement de l’Etat.

La construction de 5 CMA (Mangodara, Tougouri, Kanrangasso Vigue, Lena et Gayeri) devrait commencer incessamment sur financement extérieur avec contrepartie du gouvernement.

La couverture en soins chirurgicaux de certains secteurs des grandes agglomérations dotées de CHU a perdu sa structure classique en trois paliers de soins, les patients pouvant s’adresser en première intention directement au niveau tertiaire.

La contribution du secteur privé mérite d’être renforcée

Au niveau du 2^e échelon du premier niveau de soins, il existe 10 centres médicaux chirurgicaux privés fonctionnels qui offrent le paquet complémentaire d’activités notamment la prise en charge des urgences chirurgicales (appendicites, occlusions intestinales, hernies étranglées, fractures simples) et les soins obstétricaux et néonataux d’urgence complets.

Au deuxième niveau de soins, le secteur privé comptait soixante-sept (67) cliniques, huit (08) polycliniques et deux hôpitaux en 2018.

3.4.2. UN PLATEAU TECHNIQUE INSUFFISANT

3.1.1.1. Des salles d’opération construites mais non fonctionnelles

Plus de 30 salles soit 25% des salles d’opération sur les structures visitées n’étaient pas fonctionnelles⁵⁹.

L’évaluation de la fonctionnalité des salles d’opérations montrait que 30% des salles d’opérations non fonctionnelles (18/60) au niveau CMA, 22,5% au niveau des CHR (7/31) et 19,5% au niveau CHR (22,5 %) et de 8 sur 41 au niveau des CHU et CHUR (8/41).

Les principales raisons observées sont les suivantes : chariot d’anesthésie vétuste, absence de scialytique, table opératoire défectueuse, panne du moniteur de surveillance, panne de bistouri

⁵⁹ Evaluation de l’offre des soins dans les services de chirurgie et d’anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso. Rapport Ministère de la Santé. Juillet 2019

électrique, climatisation en panne, un circuit d'O2 défectueux avec rupture d'oxygène, coupure d'électricité avec un relai inexistant.

3.1.1.2. Non-respect des normes des infrastructures

Le Burkina Faso ne dispose pas d'un document de normes en ce qui concerne les CHU. Les CHR et les CMA sont construits et équipés selon des normes définies en 2004. Le document des Normes, révisé en 2016, n'est pas encore formellement adoptée. Au niveau des blocs opératoires, ces normes ne respectent pas le principe fondamental de « la marche en avant », avec des zones d'asepsie différente et croissante.

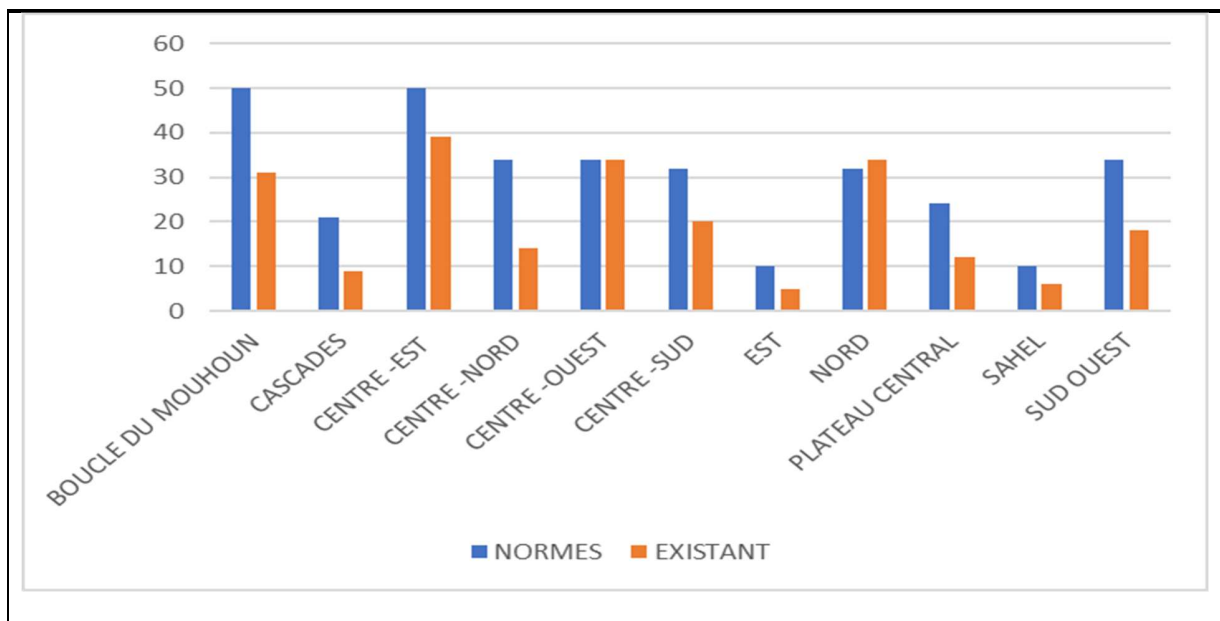


Figure 8 : Etat des infrastructures par région selon les normes

i. Situation des infrastructures de chirurgie et d'anesthésie au niveau des CHU-CHUR :

- Le **CHU-Yalgado Ouédraogo**, hôpital de référence nationale et de formation des médecins spécialistes dans la plupart des spécialités, mérite une attention particulière. Les locaux, dont la plupart datent de plus de 50 ans, sont vétustes, insalubres et inadaptés pour le respect des règles de base en matière d'hygiène et assainissement. L'opération de rénovation du service des urgences traumatologiques de 2014 n'a pas connu le succès escompté. Le CHU-YO comprend toutes les spécialités chirurgicales organisées au Burkina Faso et dispose de 18 salles d'opération vétustes dont 3 complètement hors service. Les blocs opératoires de la chirurgie digestive et générale ont connu des mois d'arrêt. Le service de réanimation du CHU-YO est partiellement ou totalement fermé la plupart du temps en raison des pannes récurrentes des équipements, dues en partie à des problèmes du circuit électrique.
- Le **CHU de Tengandogo** dispose d'infrastructures récentes, vastes et de bonne qualité. Le bloc opératoire y est pluridisciplinaire avec 6 salles fonctionnelles mais connaît récemment des problèmes de climatisation centrale. Parmi les problèmes signalés par les

acteurs travaillant dans l'établissement, ce CHU ne disposerait pas de personnels en nombre suffisant et l'équipement serait insuffisant pour assurer le fonctionnement optimal. En outre, il faut souligner quelques règles de gestion qui rendent le CHU peu accessible notamment : le principe d'une caution élevée à l'admission, des tarifs globalement élevés, le principe de l'hôpital sans accompagnant, etc. Il en résulte une utilisation en-deçà de son potentiel en infrastructures et équipements. Pour illustrer cette situation, il n'y a qu'environ 60% de lits ouverts après 10 ans de fonctionnement.

- Le **CHU-Bogodogo**, dispose d'infrastructures de construction récente, avec 4 salles d'opération au niveau du bloc central dont 2 fonctionnelles pour le moment, 1 bloc de gynécologie de 2 salles et 1 bloc d'obstétrique de 2 salles. Les salles d'opération ne sont pas regroupées, ce qui empêche un fonctionnement efficient sur le plan des ressources humaines et du matériel. En ce qui concerne le service de réanimation, les deux salles du R+1 ne sont pas fonctionnelles, faute d'équipements essentiels.
- Le **CHU-CDG** est l'hôpital de référence national pour la chirurgie pédiatrique et dispose d'une infrastructure correcte. Le service de chirurgie est cependant sous-dimensionné avec seulement 4 blocs opératoires fonctionnels dont 3 blocs pour les interventions chirurgicales et un bloc servant de salle de pansements pour les brûlés. Le service est aujourd'hui sursaturé avec une liste d'attente de plus de 3000 enfants en attente d'une chirurgie programmée. Les lits sont bloqués par les enfants brûlés dont l'hospitalisation est souvent très longue. Le CHU-CDG dispose aussi d'un service de réanimation polyvalent, fonctionnel qui prend en charge les enfants souffrant de pathologies médicales et chirurgicales, y compris la néonatalogie.
- Le **CHU-SS**, hôpital de référence pour toute la partie ouest du pays, dispose de locaux relativement grands et fonctionnels malgré l'âge de l'infrastructure. Le CHU-SS dispose d'un bloc opératoire central avec 4 salles d'opération utilisées par toutes les spécialités sans distinction. Il y a aussi un bloc pour les urgences chirurgicales, mais les salles d'opération initialement réservées pour les urgences viscérales et traumatologique ne fonctionnent plus par d'équipements essentiels. Le CHU dispose d'un service polyvalent de réanimation fonctionnel avec des problèmes majeurs d'équipement.
- Le **CHU-Régional de Ouahigouya** est établi dans les bâtiments de l'ancien CHR. L'infrastructure et le plateau technique n'ont pas significativement changé. Le bloc opératoire comprend 3 salles d'opérations dont une n'est pas fonctionnelle.

ii. Situation des infrastructures au niveau des CHR et des CMA :

- Une salle de réanimation fonctionnelle est disponible dans seulement 2 CHR sur 9 (CHR de Tenkodogo et de Ouahigouya) et dans aucun CMA.
- Une salle de réveil fonctionnelle était disponible dans 11 CMA, 2 CHR et 2 CHU
- Un vestiaire divisé hommes/femmes était disponible dans seulement 14 CMA, 5 CHR et 2 CHU (Bogodogo et Tengandogo).

- Des salles de consultation externe n'étaient disponibles que dans un seul CHR (Dédougou) et dans 28 CMA. Tous les CHU ont des salles de consultation externe.
- Le vidoir n'existait pas dans 28 CMA, 4 CHR et 3 CHU.
- La buanderie était disponible dans seulement 2 CHU, 3 CHR et 20 CMA.
- Le raccordement au réseau de la société nationale burkinabé d'électricité (SONABEL) et de l'office national de l'eau et de l'assainissement (ONEA) était effectif pour les CHU et CHR. Trois CMA (Batié, Sindou et Solenzo) sont raccordés à des coopératives d'électricité. Douze (12) CMA soit 33,33% ne sont pas raccordés au réseau ONEA. Les CMA de Séguénéga et de Diébougou ne sont pas raccordés au réseau ONEA et n'ont ni forage, ni puits à grand diamètre au sein de leur structure.

3.1.1.3. Les équipements connaissent des pannes fréquentes

Selon le rapport d'évaluation de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques réalisée en 2019, seulement 28 % des structures visitées étaient équipées selon les normes.

Ce faible taux est lié au manque de certains équipements essentiels (analyseur d'hémoglobine, défibrillateur et pousse-seringue électrique). Cependant, le taux de fonctionnalité de ces équipements est de 84 %.

Des techniques comme la coeliochirurgie sont peu pratiquées, faute d'équipements ou de certains consommables.

En ce qui concerne les équipements, aucun des CHU, CHR ou CMA ne disposent, pour le fonctionnement du bloc opératoire, de tous les équipements minimums requis par les normes applicables au niveau de soins.

i. Situation des équipements au niveau des CHU et CHUR

- Au **CHU-YO**, les équipements sont en très mauvais état dans tous les blocs de la structure :
 - ✓ *Bloc opératoire de Gynécologie-obstétrique*: les tables d'opération et l'éclairage sont défectueux, les boîtes d'instruments sont vétustes et en nombre insuffisant. Par exemple il y a seulement six boîtes de césariennes pour les activités de 3 salles d'opération. Le groupe électrogène de secours, qui alimente tout l'hôpital, est souvent en panne.
 - ✓ *Service de Traumatologie* : la structuration de la zone accueil des blessés pose problème, les malades sont souvent examinés à même le sol faute de tables d'examen, le nombre de boîtes d'instruments est insuffisant (4 boîtes d'instruments de chirurgie osseuse pour toute l'activité de chirurgie traumatologique et orthopédiques du CHU-YO), la table orthopédique est désuète et l'amplificateur de brillance en panne. Les portes des blocs opératoires ferment mal.
 - ✓ *Bloc opératoire de chirurgie Stomato-Maxillo-Faciale* : le bistouri électrique est en panne.
 - ✓ *Service de chirurgie digestive et générale* : Les urgences ont été fermées pendant 1 année (de février 2018 à mars 2019) et viennent de rouvrir avec du matériel neuf pour

certaines équipements. Quatre (4) aspirateurs neufs sont en panne après à peine 3 mois d'utilisation, deux (2) tables d'opérations et les instruments sont déjà couverts de rouille.

- ✓ *Bloc opératoire de Neurochirurgie* : le matériel et les équipements, dont les plus récents ont été achetés en 2006, sont souvent en panne (respirateur d'anesthésie, aspirateurs chirurgicaux et scialytique, bistouri bipolaire et scope), la craniotome et le moteur à air comprimé sont défectueux.
- ✓ *Bloc opératoire de l'ORL* : Le service Orl du CHU-YO dispose de deux salles opératoires. La deuxième salle est complètement inopérante car elle ne dispose d'un chariot d'anesthésie et le circuit d'oxygène y est défaillant. Quant à la première salle utilisée pour les interventions chirurgicales, les équipements sont défectueux : le chariot d'anesthésie présente de multiples pannes, le scialytique plafonnier ne permet pas un bon éclairage du champ opératoire, le bistouri électrique est défectueux, il n'y a pas de bistouri bipolaire et le circuit d'oxygène présente des fuites. Les câbles de lumière froide présentent de nombreuses fuites réduisant la luminosité au cours des endoscopies pour extraction des corps étrangers. Le service ne dispose ni de colonne et ni de matériel pour la chirurgie endo nasale. Par ailleurs il n'y a pas de salle de réveil et la capacité d'accueil du service ne permet d'opérer beaucoup de patients. Les consommables pour la chirurgie de l'oreille sont difficile à trouver.
- Le **CHU de Tengandogo**, par rapport à la situation des autres CHU, dispose de matériel et d'équipements de qualité et en quantité suffisante.
- Le **CHU-Bogodogo**, dispose de matériel et d'équipements de bloc opératoire en quantité et en qualité suffisante.
- Le **CHU-CDG** a entrepris une rénovation du bloc opératoire et vient de recevoir du matériel et des équipements offerts par une ONG suisse (Kid Operating Rooms) en septembre 2019.
- Le **CHU-SS** connaît des pannes et des insuffisances au niveau des équipements. Dans le service de traumatologie, la table orthopédique et l'amplificateur de brillance sont en panne. Dans le service de chirurgie digestive, les tables opératoires sont vétustes mais les instruments, quoique d'un certain âge, restent fonctionnels.

ii. Situation des équipements au niveau des CHR et CMA

- Les tables d'opération ne sont pas aux normes dans 6 CHR;
- Le CHR de Kaya et 2 CMA (Kombissiri et Po) ne possèdent ni des scialytiques muraux ni mobiles.
- La climatisation des salles d'opérations ne fonctionne pas dans 5 CHR
- Six (6) CHR et 33 CMA ne possèdent pas des moniteurs de surveillance.
- Les chariots d'anesthésie sont incomplets dans 2 CHR (Kaya et Gaoua) et dans 2 CMA (Saponé et Orodara).
- Le CHR de Kaya n'a pas de bistouri électrique.

- Les CHR de Dédougou et de Kaya n'ont pas de respirateurs.
- Le lavabo aseptique fonctionnel manque dans 5 CHR.
- Au niveau CHR, les boîtes d'instruments complètes manquent dans la quasi-totalité des structures. Seul de CHR de Dori possède toutes les boîtes complètes aux normes. Exception faite du CMA de Nanoro, aucun CMA n'est doté des boîtes d'instruments complètes.
- Le matériel de stérilisation (Poupinel et autoclaves) est aux normes dans 26 sur 36 CMA (72%), dans cinq sur huit CHR (63%) et dans trois sur six CHU (50%).
- Tous les CHU et tous les CHR ont des groupes électrogènes fonctionnels. Six (6) CMA (Sindou, Dafra, Do, Orodara, Bittou et Diébougou) n'ont pas de groupe électrogène fonctionnel.

D'une manière générale, les informations recueillies permettent d'affirmer que les équipements minimaux existaient à l'ouverture des blocs opératoires et sont progressivement tombés en panne ou devenus défectueux mais n'ont pas été remplacés ou réparés pour des raisons diverses.

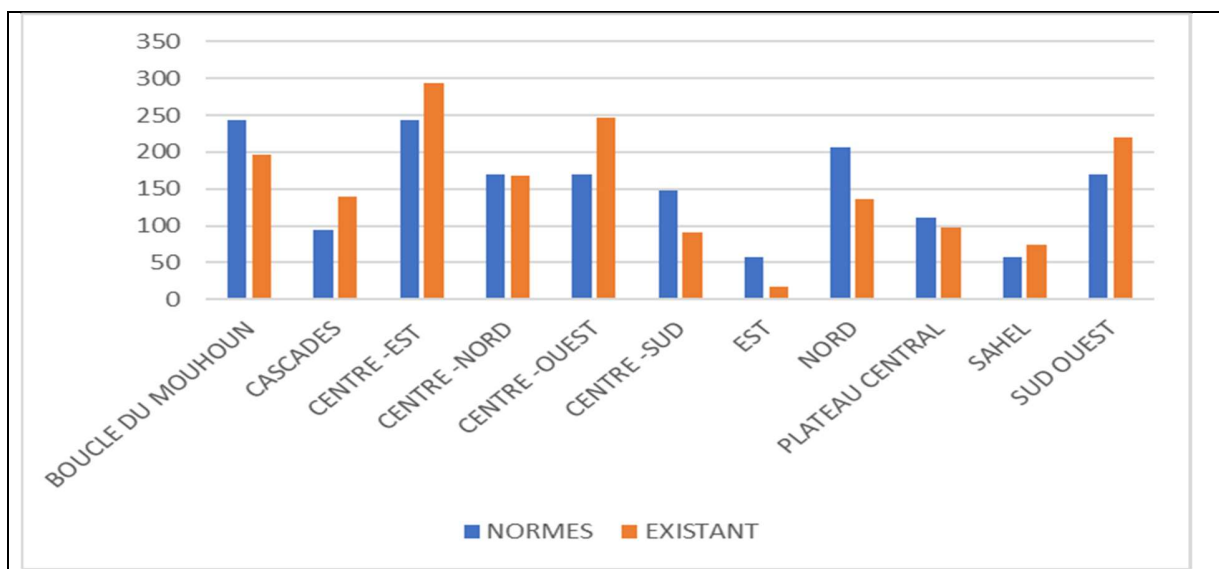


Figure 9 : État du matériel et équipement par région par rapports aux normes

3.1.1.4. Un service de maintenance inefficace

Selon plusieurs acteurs, l'inefficacité de la maintenance des équipements était épinglée comme une des causes principales du faible volume et de la qualité insuffisante des prestations de chirurgie et d'anesthésie.

Parmi les causes principales de l'inefficacité des services de maintenance il faut citer :

iii. L'hétérogénéité des équipements.

Une évaluation réalisée par la SOGEMAB (la Société de Gestion et de Maintenance des Équipements Biomédicaux) en 2013 avait permis de répertorier parmi les équipements plus de 3000 marques différentes sur près de 10000 équipements recensés. Cette

hétérogénéité résulte elle-même des règles d'acquisition de ces équipements imposés dans les procédures de passation des marchés. L'application stricte de ces règles ne permet ni l'acquisition de l'équipement le mieux adapté aux conditions de fonctionnement au Burkina Faso, ni l'harmonisation des équipements.

- iv. *Un personnel insuffisant et souvent non qualifié* en maintenance des équipements biomédicaux. Malgré différentes approches, l'équipe des consultants n'est pas parvenue à connaître les effectifs du service de maintenance de la SOGEMAB ni ceux de la DIEM.
- v. *Un accès difficile aux pièces de rechange.*

La fourniture de pièces de rechange est un défi majeur. Plusieurs causes sont avancées (i) achat de matériels et équipements sans garantie de service après-vente, (ii) procédure d'achat trop longue, (iii) délais de livraison incompatibles avec l'urgence de la réparation, (iv) manque des outils pour diagnostiquer la pièce défectueuse, etc.

3.4.3. RUPTURES FRÉQUENTES DE STOCKS D'INTRANTS

La plupart des intrants qui, dans un passé récent, faisaient partie du paquet fourni par l'hôpital sont aujourd'hui prescrits au patient qui doit aller les acheter dans le dépôt de l'hôpital ou dans les officines privées. Ce dispositif entraîne soit des retards dans la prise en charge ou même l'abandon de la procédure lorsque la somme d'argent nécessaire n'a pas pu être réunie par la famille.

- *En anesthésie*, les ruptures de stocks sont fréquentes pour les anesthésiques intraveineux (Propofol), les curares comme le rocuronium et la succinylcholine, les aiguilles de ponction lombaire, etc.
- *En chirurgie*, la plupart des produits ou consommables connaissent également des ruptures de stocks ou ne figurent même plus sur la liste des consommables disponibles dans les stocks des hôpitaux. Il s'agit notamment des implants spécifiques, du matériel d'ostéosynthèse (Traumatologie, Neurochirurgie et en chirurgie stomato-maxillo-faciale), des consommables comme la lingerie de salle d'opération, les fils de suture, les drains thoraciques, les consommables pour la chirurgie de l'oreille, les sondes JJ, les kits de néphrostomie ou de cystostomie et même la solution de lavage aseptique préopératoire.
- *Les fluides médicaux* : des ruptures fréquentes en oxygène sont rapportées dans les structures sanitaires. Des unités de production d'oxygène médical ont été installées dans les CHU-YO et CHU-SS, dans les CHR de Dori, Fada-Ngourma, Koudougou et Gaoua. L'objectif de rendre autonome l'ensemble des CHU en termes de production d'oxygène et de constituer un centre d'approvisionnement pour les hôpitaux de district ne semble pas atteint.
- La fourniture d'intrants nécessaires à la prévention et au contrôle des infections connaît également des ruptures fréquentes de stocks. La qualité de ces intrants (gels hydroalcooliques, savons antiseptiques, lunettes, masques, bottes et tabliers) est aussi souvent remise en cause.

3.5. GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE

3.5.1. LA GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE COMPORTE DES INSUFFISANCES.

La gestion du système d'information sanitaire présente des insuffisances en termes de production d'une information de qualité, d'accessibilité et d'utilisation pour la prise de décision (PNDS 2011-2020).

Cependant, le système d'information sanitaire du Burkina a été renforcé pour améliorer sa performance notamment par la création de la direction des systèmes d'information en santé (DSIS), l'informatisation du système national d'information sanitaire (SNIS) à travers la mise en place de l'entrepôt national des données sanitaires utilisant le logiciel DHIS2 (Endos-BF) pour la collecte et l'exploitation de l'information sanitaire.

L'information sanitaire relative à l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques présente quelques atouts: un cadre administratif, l'existence d'un dossier type patient et d'archives dans certaines structures.

Cependant des insuffisances sont encore observées⁶⁰ :

- Le système actuel ne permet ou peu de renseigner les données des indicateurs de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux comme ceux relatifs à l'accès rapide à la chirurgie de base (inférieur à 2h), la densité de la main d'œuvre chirurgicale+, le volume d'interventions chirurgicales et la mortalité péri opératoire et de la protection contre les dépenses appauvrissantes
- Des problèmes de stockage adéquat des archives;
- Le niveau insuffisant de l'organisation et de la diffusion de l'information documentée;
- La faible traçabilité des actes opératoires pratiqués dans les hôpitaux publics et privés;
- La pratique de l'évaluation de la satisfaction du patient et la diffusion du résultat ne sont pas systématiques;
- La vérification de l'efficacité des mesures de correction est inconstante;
- La sensibilisation du personnel de santé sur la sécurité des patients est insuffisante;
- La diffusion des supports sur les droits des patients est insuffisante.

3.5.2. LA RECHERCHE EST FAIBLE ET PEU UTILISÉE POUR LA PRISE DE DÉCISION

La recherche pour la santé est peu coordonnée, insuffisamment financée et sa production peu utilisée pour la prise de décision (PNDS 2011-2020).

Les parties prenantes intervenant dans le domaine de la recherche pour la santé sont l'État Burkinabé, les partenaires techniques et financiers (PTF) et le secteur privé.

Cependant, la contribution des évidences générées pour l'amélioration de la santé des populations reste peu visible. La nécessaire interaction entre institutions de recherche et les décideurs n'est pas effective, chacun accusant l'autre de travailler en vase clos.

Parmi les principaux problèmes de la recherche et de son utilisation pour la prise de décision il faut citer⁶¹:

⁶⁰ Stratégie nationale de la qualité des soins et services intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients au Burkina Faso. 2018

⁶¹ Stratégie nationale de la qualité des soins et services intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients au Burkina Faso. 2018

- Les informations relatives à la sécurité des patients ne sont pas collectées ni utilisés pour améliorer la qualité des soins ;
- Les effets des actions pour la surveillance de la sécurité des patients (OMS) ne sont pas documentés;
- Les mécanismes de vigilance sanitaire pour une meilleure orientation des soins sont peu connus et utilisés ;
- L'évaluation de la sécurité des patients est peu pratiquée;
- Les résultats de la recherche sont peu utilisés pour améliorer la qualité des soins intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients,
- Les activités de recherche sur l'utilisation de nouvelles technologies pour améliorer la qualité des soins sont peu développées.

3.6. LE FINANCEMENT

Le leadership local sur les activités de mobilisation des ressources est faible. La plupart des FS limitent leurs ambitions aux subventions de l'État, aux financements des partenaires financiers et aux ressources propres.⁶²

L'accessibilité des soins chirurgicaux et anesthésiques limitée par *les contraintes financières* est une problématique qui mérite une attention particulière. Parmi les causes de ce problème il faut citer entre autres :

- Un coût élevé des intrants prescrits au patient avant, pendant et après l'intervention
- ✓ Le coût de l'ordonnance et du kit sont fixés au prix coûtant dans les dépôts des hôpitaux et les officines privées.
- ✓ Pour un même acte, le coût est très variable d'une structure à une autre et selon les niveaux. Le coût d'une intervention pour hernie inguinale qui est de 103 000 F CFA (CMA de Pissy-Tableau 6) peut atteindre 250 000 FCFA en CHU. Ces chiffres prennent toute leur signification lorsqu'ils sont comparés au Salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) au Burkina Faso qui est de 34 000 FCFA.

Tableau VI : Dépenses à la charge du patient pour 2 interventions courantes, au CMA de Pissy en 2020. ⁶³						
Interventions	Intrants	Acte	Soins post-opératoires	Examens biologiques	Radiographie Échographie	TOTAL CFA
Hernie inguinale	50 000	15 000	20 000	18 000		103 000
Laparotomie	80 000	35 000	100 000	18 000	22 000	255 000

- Absence d'une tarification actualisée des actes médicaux
- Le recours au paiement direct, en l'absence d'une couverture suffisante de la population par un mécanisme de prépaiement. Les délais d'activation des recours, pour rassembler la somme

⁶² Stratégie nationale de la qualité des soins et services intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients au Burkina Faso. 2018

⁶³Source : Service de chirurgie du CMA de Pissy

nécessaire, ont souvent pour conséquence un retard de la prise en charge du patient et en fin de compte la détérioration du pronostic. Parfois, lorsque le patient est dans l'impossibilité de rassembler la somme requise, il quitte le service de chirurgie pour se rabattre sur la médecine traditionnelle plus accessible. La problématique du paiement direct des soins est particulièrement aiguë pour les actes chirurgicaux qui doivent être réalisés en urgence et particulièrement les accidents de la route.

3.7. PROBLÈMES ET AXES PRIORITAIRES D'INTERVENTIONS

3.7.1. PROBLÈMES PRIORITAIRES

L'analyse de la situation, faite sur le schéma des six piliers du système de santé a permis de regrouper les problèmes identifiés autour de quatre domaines :

3.7.1.1. Au niveau gouvernance, le cadre organisationnel et normatif est incomplet.

Parmi les principaux problèmes, il faut citer entre autres :

- i. L'absence d'une définition actualisée des paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques à chaque niveau de la pyramide des soins ainsi que des ressources nécessaires pour délivrer ces paquets;
- ii. Les coûts des actes de chirurgie et d'anesthésie ne sont pas actualisés;
- iii. Les CHU fonctionnent les uns à côté des autres sans recherche systématique de complémentarité et de synergie;
- iv. Les normes (ressources humaines, infrastructures et équipements) pour les CHU-CHUR ne sont pas disponibles;
- v. L'absence de plan directeur pour le développement du secteur privé médical,
- vi. La faible visibilité sur la transition vers une situation actuelle où les actes de chirurgie et d'anesthésie, à l'exception de ceux explicitement délégués, seraient pratiqués par des médecins spécialistes dans les disciplines chirurgicales et anesthésiques.
- vii. L'absence d'une plateforme formelle de dialogue entre le niveau décisionnel du Ministère de la santé, les sociétés savantes et la société civile;
- viii. Une gestion peu efficiente des personnels de santé;
- ix. Une priorisation insuffisante du renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité centrés sur la personne et la sécurité du patient;
- x. Les bénéficiaires de soins chirurgicaux et anesthésiques, surtout pour les urgences, continuent à être soumis au risque de dépenses catastrophiques et d'appauvrissement;
- xi. Le partenariat avec le secteur privé, contributeur de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques est faible;
- xii. Le système d'information sanitaire, spécifique à l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques, est peu performant;
- xiii. Les résultats de la recherche sur l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques peu utilisés pour la prise de décision.

3.7.1.2. Le volume et l'accessibilité géographique des soins chirurgicaux et anesthésiques sont insuffisants.

- i. Une couverture géographique incomplète en infrastructures;
- ii. Un plateau technique hétérogène, insuffisant et souvent en panne à cause d'une maintenance défectueuse;
- iii. Des effectifs de médecins spécialistes dans les disciplines chirurgicales et anesthésiques insuffisants et dont la répartition territoriale est inégale avec $\frac{3}{4}$ d'entre eux qui pratiquent à Ouagadougou et Bobo Dioulasso;
- iv. L'indisponibilité du personnel (mouvements sociaux, absentéisme, non application des sanctions, ...);
- v. Les ruptures fréquentes de l'approvisionnement en intrants dont les fluides médicaux,

3.7.1.3. La qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques centrés sur la personne et la sécurité du patient est insuffisante

- i. L'absence ou la faible culture de la qualité des soins centrés sur la personne et la sécurité des patients dans le management des services chirurgicaux,
- ii. La faiblesse des mécanismes de surveillance et de contrôle de la qualité et sécurité des patients;
- iii. L'absence de normes et standards de la pratique des actes chirurgicaux et anesthésiques (techniques et moyens);
- iv. Les utilisateurs des services de santé ne sont pas suffisamment protégés contre les préjudices liés aux activités de soins;
- v. Le niveau insuffisant de pratique des mesures de protection individuelle, de l'hygiène et de l'assainissement;
- vi. L'implication insuffisante de la communauté, de la famille et des individus dans la prise de décisions concernant leur santé et le choix du traitement.

3.7.1.4. Rupture de la permanence des services et de la continuité des soins dans les zones affectées par l'insécurité.

- i. La fermeture d'au moins 98 FS entraînant un accès précaire aux services de santé des populations massivement déplacées;
- ii. La fréquence élevée de traumatismes et plaies de guerre dont la prise en charge représente un défi par le personnel surchargé de travail, peu expérimenté et sans ressources suffisantes;
- iii. Les difficultés d'évacuation des patients du fait du retrait ou de la destruction d'ambulances,
- iv. Les ruptures de stock ou approvisionnement difficile en médicaments, produits sanguins, réactifs de laboratoire et consommables,
- v. Les difficultés de supervisions des agents de santé des FS et des ASBC,
- vi. Les insuffisances dans la coordination de la réponse.

4. FORMULATION DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS CHIRURGICAUX ET ANESTHÉSQUES

4.1. FONDEMENT, PRINCIPES ET VISION DE LA STRATÉGIE

4.1.1. FONDEMENT

La stratégie nationale de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques trouve son fondement dans les orientations données par les documents de politiques et stratégies nationales du Burkina Faso et en particulier:

Le Plan national de développement économique et social (PNDES 2016-2020)

« Promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique » est la première des 5 stratégies de l'axe 2 relatif au Développement du capital humain.

La Politique sectorielle Santé dont la vision est d'atteindre : « un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2026 ».

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020) affirme la vision de la Politique Nationale de santé dont elle est un instrument de mise en œuvre. Cette vision se décline comme « le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant. »

4.1.2. PRINCIPES

La mise en œuvre de la stratégie nationale de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques s'appuie sur les principes des soins de santé primaires auxquels le Burkina Faso a souscrit : 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 intersectorielle, la participation individuelle et collective.

4.1.3. VALEURS

Les valeurs qui sous-tendent cette stratégie sont celles de l'équité, la justice sociale, l'obligation de rendre compte, l'éthique, la probité, le respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des usagers et aussi des prestataires de soins, le droit des populations à l'information, la participation à la prise de décision sur la santé ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance.

4.2. RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE

4.2.1. IMPACT

La mise en œuvre de la stratégie nationale de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques contribuera à la réalisation de l'impact de la politique nationale de santé repris dans le PNDS 2011-2020 et le PNDES 2016-2020 pour que « ***l'état de santé des populations soit amélioré*** ».

4.2.2. CHAÎNE DES RÉSULTATS

La Stratégie nationale de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques est basée sur la réalisation de 20 produits pour réaliser quatre (4) effets et un résultat d'impact.

Tableau VII : Chaîne des résultats		
IMPACT : L'état de santé des populations est amélioré (Politique de santé).		
E1	Le pilotage du processus de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques s'appuie sur un cadre organisationnel et normatif consolidé.	
E2	Les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques, déterminés pour chaque niveau de la pyramide des soins, sont disponibles et accessibles pour toute la population.	
E3	La population bénéficie de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.	
E4	Les populations des zones touchées par l'insécurité et les personnes déplacées internes bénéficient de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.	
PRODUITS		EFFETS
P1.1.	Le Management des services chirurgicaux et anesthésiques est amélioré.	E1. Le pilotage du processus de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques s'appuie sur un cadre organisationnel et normatif consolidé.
P1.2.	L'harmonisation, la protection et la maintenance du matériel et des équipements sont effectives.	
P1.3.	La gestion des personnels est efficiente.	
P1.4.	Le partenariat pour l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient est renforcé.	
P1.5.	L'accessibilité financière des soins chirurgicaux est améliorée.	
P1.6.	La disponibilité des données relatives aux activités chirurgicales et anesthésiques est améliorée.	
P2.1.	Les infrastructures, les équipements, le matériel et la logistique sont disponibles selon les normes pour offrir les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques.	E2. L'offre de soins chirurgicaux centrés sur la personne et sécurisés couvre les besoins de la population
P2.2.	Les CHU sont renforcés pour mieux jouer leur rôle de modèle pour la provision des soins chirurgicaux et anesthésiques et la formation des spécialistes.	
P2.3.	Les infrastructures, les équipements et les matériels bénéficient d'une maintenance efficace à tous les niveaux	
P2.4.	Les personnels compétents sont disponibles en quantité et en qualité selon les normes	
P2.5.	Les produits de santé et autres consommables sont disponibles	
P3.1.	Les prestations offertes sont conformes aux normes, aux protocoles et aux directives	E3. La population bénéficie de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient
P3.2.	La culture et dynamique de la qualité de l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques est intégrée dans le management des services de chirurgie.	
P3.3.	Les communautés, familles et individus participent à la prise en charge de leur santé	
P3.4.	Les activités de contrôle de la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques sont effectives	
P3.5.	Le risque d'effets nocifs liés aux soins chirurgicaux, encouru par le patient, est réduit.	
P4.1.	La capacité des CMA touchés par l'insécurité (8) est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux et anesthésiques occasionnée par l'insécurité et les déplacements internes de populations.	E4. Les populations des zones touchées par l'insécurité bénéficient de soins chirurgicaux et anesthésiques
P4.2.	La capacité des CHR touchés par l'insécurité (6) est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux et anesthésiques.	
P4.3.	La capacité des CHU est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux occasionnée par l'insécurité et les déplacements internes de populations.	
P4.4.	La coordination de la réponse est renforcée.	

4.2.3. CADRE LOGIQUE

Le cadre logique pour la mise en œuvre de cette stratégie aligne les effets escomptés et les produits. Pour chaque effet et pour chaque produit un certain nombre d'indicateurs de processus ont été proposés pour monitorer les progrès. Ce cadre logique souligne un certain nombre de risques et d'hypothèses qui conditionneront la réussite de la mise en œuvre.

4.2.4. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

Quatre domaines d'interventions, chacun décliné à son tour en axes d'interventions prioritaires :

DOMAINE 1 : Renforcement de la gouvernance

- Axe1 : Renforcement du cadre managériale et normatif;
- Axe2 : Renforcement de l'homogénéisation, de la protection et de la maintenance du matériel et des équipements ;
- Axe3 : Consolidation du partenariat avec le secteur privé, les sociétés savantes et la société civile;
- Axe 4 : Amélioration de la gestion des ressources humaines de la santé;
- Axe 5 : Amélioration de la disponibilité des données;
- Axe 6: Amélioration de l'accessibilité financière des soins chirurgicaux et anesthésiques.

DOMAINE 2 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des prestations de services de chirurgie et d'anesthésie.

- Axe1 : Amélioration de la couverture en infrastructures par la construction, équipement des CMA et CHR prévus.
- Axe2 : Renforcement du plateau technique et de la maintenance;
- Axe3 : Renforcement de la capacité en ressources humaines spécialisées (CMA, CHR, CHU).
- Axe 4 : Amélioration de la disponibilité des intrants dont les fluides médicaux.

DOMAINE 3 : Amélioration de la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques centrés sur la personne et la sécurité des patients.

- Axe1 : Implantation de la dynamique de qualité des soins dans le management des services.
- Axe 2 : Amélioration des pratiques d'hygiène et assainissement pour réduire le risque encouru par le patient.
- Axe 3 : Renforcement de la participation des communautés, des familles et des individus à la prise en charge de leur santé.
- Axe 4 : Renforcement de la surveillance et du contrôle de la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques.

DOMAINE 4 : Restauration de la permanence et continuité des soins dans les zones d'insécurité.

- Axe 1 : Renforcement de la capacité des FS pour répondre à la demande additionnelle.
- Axe 2 : Amélioration de la coordination de la réponse;
- Axe 2 : Renforcement la Sécurité du personnel, des infrastructures, équipements et logistique.

Tableau VIII : Cadre logique				
IMPACT : L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS EST AMELIORE				
Code	EFFETS-PRODUITS	Indicateurs	Source	Hypothèse/ Risques
E1.	Le pilotage du processus de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques s'appuie sur un cadre organisationnel et normatif consolidé.	▪ Les normes sont en place ▪ Le plan de renforcement et de coordination des CHU et CHUR ▪ Le plan directeur du secteur privé, ▪ Le plan de formation des spécialistes ▪ La tarification harmonisée des prestations	Documents	▪ Climat social apaisé avec les personnels de santé
E2.	Les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques, déterminés pour chaque niveau de la pyramide de soins, sont disponibles et accessibles pour toute la population.	▪ Proportion de structures sanitaires fonctionnelles selon les normes en personnel, équipement et infrastructures ; ▪ Proportion de structures offrant le paquet de soins chirurgicaux et anesthésiques tel que défini pour le niveau ▪ Proportion de prestataires offrant les soins selon les normes et techniques de prestations définies ;	▪ Rapport d'enquête ▪ Annuaire statistique	▪ Mobilisation suffisante de ressources financières
E3.	La population bénéficie de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient	▪ Proportion de formations sanitaires disposant d'une équipe qualité fonctionnelle ▪ Taux de satisfaction des bénéficiaires sur l'organisation du circuit ▪ Taux de satisfaction des bénéficiaires sur les conditions de séjours ▪ Taux de satisfaction des bénéficiaires sur leur implication dans les décisions cliniques ▪ Taux de satisfaction des bénéficiaires sur la communication avec les prestataires. ▪ Pourcentage formations sanitaires où l'hygiène des mains est systématisée avant et après les soins par les prestataires ▪ Proportion de formations sanitaires disposant de comité de lutte contre les infections associées aux soins fonctionnels ▪ Proportion de formations sanitaires disposant d'un système de gestion de risque incendie fonctionnel ▪ Proportion de formations sanitaires hospitalières utilisant la check list de l'OMS pour toutes les interventions. ▪ Pourcentage des formations sanitaires disposant d'une stérilisation centrale fonctionnelle ▪ Pourcentage des formations sanitaires disposant d'une buanderie centrale fonctionnelle. ▪ Pourcentage des formations sanitaires disposant d'un système fonctionnel de collecte, de traitement et d'élimination des DBM	▪ Rapport d'enquête ▪ Rapport supervision ▪ Rapport d'évaluation	▪ Engagement des Partenaires techniques et financiers à accompagner la mise en œuvre de la stratégie ▪ Réduction du niveau d'insécurité ▪ Mobilisation suffisante des acteurs

		- Le taux de mortalité per et postopératoire - Le taux des infections du site opératoire		humanitaires La mise en place effective de l'Assurance maladie
E4.	Les populations des zones touchées et les personnes déplacées internes bénéficient de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.	- Proportion de structures sanitaires, en zones touchées par l'insécurité, fonctionnelles selon les normes en personnel, équipements et intrants ; - Proportion de structures sanitaires, en zones touchées par l'insécurité, offrant le paquet de soins chirurgicaux tel que défini pour le niveau - Proportion de prestataires offrant les soins selon les normes et techniques de prestations définies ;	- Rapport d'enquête - Rapport de supervision - Rapport d'évaluation	
P1.1.	Le Management des services chirurgicaux et anesthésiques est amélioré.	- Documents de normes disponibles - Disponibilité des paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques offerts à chaque niveau - Disponibilité des critères de performance - Nombre de réseaux de soins construits	Documents	
P1.2.	L'harmonisation, la protection et la maintenance du matériel et des équipements sont effectives.	- Proportion du matériel et des équipements harmonisés - Proportion du matériel et des équipements protégés - Disponibilité d'un plan de maintenance du matériel et équipements - Proportion de l'augmentation du nombre d'agents de maintenance - Pourcentage des agents de maintenance formés - Nombre de jours de panne d'équipements sensibles du bloc opératoire (Respirateurs, bistouri électrique, aspirateur, équipement de stérilisation du matériel)	Inventaire annuel - Documents - Rapport Rapport	
P1.3.	La gestion des personnels est efficiente	- Proportion des sanctions effectivement appliquées - Proportion des membres du personnel ayant un plan de carrière bien défini - Proportion du personnel effectivement redéployé selon la planification	Rapport annuel DRH	
P1.4.	Le partenariat pour l'offre des soins chirurgicaux de qualité, centrés sur la personne et sécurisés est renforcés.	- Plan directeur du secteur privé disponible - Proportion de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques fournis par le secteur privé - Nombre d'intrants fabriqués localement par le secteur privé - La proportion du budget pour le renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques prise en charge par les PTF et le secteur privé - Nombre de décisions prises par la Plateforme de dialogue avec les sociétés savantes - Nombres de rapports de la société civile sur la qualité des soins	- Document - Annuaire statistique - Rapports - Comptes de santé - Rapports - Documents - Enquêtes de satisfaction réalisées par	

			les ONG de veille citoyenne	
P1.5.	L'accessibilité financière des soins chirurgicaux est améliorée	▪ Disponibilité des chiffres du coût réel des différentes prestations chirurgicales et anesthésiques ▪ Proportion du coût des prestations supportée directement par le bénéficiaire ▪ Proportion de la population couverte par un mécanisme d'assurance maladie ▪ Pourcentage du cout des prestations chirurgicales pris en charge par la CNAMU	▪ Rapport ▪ Rapport ▪ Comptes de santé ▪ Comptes de santé	
P1.6.	La disponibilité de l'information sanitaire relative aux activités chirurgicales et anesthésiques est améliorée.	▪ Nombre de FS connectés Système d'information sanitaire ▪ Nombre de réseaux d'alerte, d'investigation et de surveillance des Infections du site opératoire actifs ▪ Pourcentage de dossiers patients complets dans chaque service de chirurgie ▪ Nombre d'indicateurs de qualité des soins et sécurité des soins documentés dans l'annuaire statistique ▪ Disponibilité d'une plateforme d'échanges scientifiques pour le renforcement de l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité ▪ Nombre d'études ou de rapports publiés sur les infections du site opératoire ▪ Proportion des décisions prises basée sur des données documentées	▪ Rapport d'évaluation ▪ Annuaire statistique ▪ Rapports d'activités ▪ Revue/Rapports	
P2.1.	La couverture géographique en infrastructures, équipements, matériels et logistique pour offrir les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques est améliorée aux niveaux intermédiaire et primaire.	▪ Sept nouveaux CMA et un CHR ouverts ▪ Pourcentage de CMA et de CHR (y compris celui de Ziniaré) équipés selon les normes ▪ Nombre de CHU équipés selon les normes et la mission	▪ Rapports d'évaluation ▪ Rapport d'inventaire ▪ Rapport d'inventaire	
P2.2.	La capacité des CHU et CHUR est renforcée pour mieux jouer leur rôle de référence nationale pour la provision des soins chirurgicaux et anesthésiques et la formation des spécialistes.	▪ Plan d'équipement des CHU disponible ▪ Nombre de CHU équipées selon les normes	▪ Rapport d'audit ▪ Document ▪ Rapport d'évaluation	
P2.3.	La maintenance des infrastructures, des équipements et des matériels est améliorée aux trois niveaux de soins.	▪ Proportion du matériel et équipements en bon état de fonctionnement ▪ Pourcentage des utilisateurs formés à l'usage de nouveaux matériel et équipements	▪ Documents ▪ Rapport d'inventaire ▪ Rapport d'évaluation	

P 2.4.	Les personnels compétents sont disponibles en quantité et en qualité selon les normes.	- Proportion des CMA, CHR et CHU dotés d'équipes chirurgicales répondant aux normes en termes d'effectifs et de qualification du personnel - Pourcentage de spécialistes recrutés et affectés vers les CHR et CMA - Pourcentage de spécialistes, de médecins généralistes à former en chirurgie essentielle et d'attachés mis en formation; - Pourcentage des personnels redéployés des structures où ils sont en surnombre vers les structures déficitaires	Rapports DRH	
P2.5.	Les produits de santé et autres consommables sont disponibles	- Pourcentage des services de chirurgie et d'anesthésie-réanimation ayant connu des ruptures de stock de stocks d'intrants et autres consommables en une année - Pourcentage de services de chirurgie et de réanimation disposant d'une source fiable d'approvisionnement en Oxygène médicale - Taux de satisfaction de la demande des hôpitaux en produits sanguins labiles	- Rapport d'évaluation - Rapport d'évaluation - Rapport d'évaluation	
P3.1.	Les prestations offertes sont conformes aux normes, aux protocoles et aux directives	- Proportion de FS offrant les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques selon les normes - Pourcentage des services offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques qui ont été l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles	- Rapports d'évaluation - Rapports d'évaluation	
P3.2.	La dynamique de la qualité de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et sécurisés est intégrée dans le management des services de chirurgie	- Pourcentage des institutions de formation des personnels de santé ayant introduit la démarche qualité des soins centrés sur la personne et sécurité des patients dans le curriculum - Pourcentage des structures offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques qui ont introduit l'animation d'un cycle de qualité le management - Pourcentage des structures offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques qui ont bénéficié de supervision de la mise en œuvre de la démarche qualité	Rapports d'activités / supervision/ évaluation / audit	
P3.3.	Les communautés, les familles et les individus participent à la prise en charge de leur santé	- Nombre d'agents communautaires formés pour guide diagnostic communautaire des affections nécessitant des soins chirurgicaux - Pourcentage de structures offrant des soins chirurgicaux qui disposent d'un groupe de patient-expert	Rapports d'activités / supervision/ évaluation / audit	
P3.4.	Les activités de contrôle de la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques sont effectives	- Pourcentage des services offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques ayant été l'objet d'une enquête de contrôle de la qualité des soins et sécurité des patients - Pourcentage des services offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques ayant été l'objet d'un audit sur les erreurs de pratiques - Nombre de rapports des sociétés savantes sur la qualité des soins et la sécurité des patients	Rapports d'activités/ d'évaluation / d'audits	

		▪ Nombre de rapports des sociétés savantes sur la qualité des soins et la sécurité des patients		
P3.5.	Le risque d'effets nocifs liés aux soins chirurgicaux et anesthésiques, encouru par le patient, est réduit.	▪ Pourcentage des services offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques où l'hygiène des mains est systématisée avant et après les soins par les prestataires ▪ Proportion des services, offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques, qui disposent de comité de lutte contre les infections associées aux soins fonctionnels ▪ Proportion des services, offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques, qui disposent d'un système de gestion de risque incendie fonctionnel ▪ Proportion des services, offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques, qui utilisent la Check List de l'OMS pour toutes les interventions ▪ Pourcentage des services, offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques, qui disposent d'une stérilisation centrale fonctionnelle ▪ Pourcentage des services, offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques, qui disposent d'une buanderie centrale fonctionnelle ▪ Pourcentage des services, offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques, qui disposent d'un système fonctionnel de collecte, de traitement et d'élimination des déchets biomédicaux	▪ Rapport de supervision/ Rapport d'évaluation	
P4.1.	La capacité des CMA touchés par l'insécurité (actuellement 8) est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux occasionnée par l'insécurité et les déplacements internes de populations.	▪ % de CMA des zones touchées par l'insécurité dont la capacité en Ressources humaines y compris les agents de maintenance a été renforcée; ▪ % de CMA des zones touchées par l'insécurité dont la capacité en matériel et équipements a été renforcée; ▪ % de CMA des zones touchées par l'insécurité dont la capacité a été renforcée par le pré positionnement de Kits trauma et de kits d'anesthésie; ▪ % de CMA des zones touchées par l'insécurité dont la capacité logistique pour le ramassage et l'évacuation des blessés a été renforcée; ▪ % de CMA des zones touchées par l'insécurité dont les agents de santé communautaire ont reçu une formation pour donner les premiers soins aux blessés; ▪ % de CMA des zones touchées par l'insécurité dont l'équipe chirurgicale et d'anesthésie-réanimation a reçu une formation pour la prise en charge des blessures de guerre;	▪ Rapport de supervision/ Rapport d'évaluation	
P4.2.	La capacité des CHR touchés par l'insécurité (6 actuellement) est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux et anesthésiques occasionnée par l'insécurité et les	▪ % de CHR des zones touchées par l'insécurité dont la capacité en Ressources humaines y compris les traumatologues et agents de maintenance a été renforcée; ▪ % de CHR des zones touchées par l'insécurité dont la capacité en matériel et équipements a été renforcée;	▪ Rapport de supervision/ Rapport d'évaluation	

	déplacements internes de populations.	▪ % de CHR des zones touchées par l'insécurité dont la capacité a été renforcée par le pré positionnement de Kits trauma et de Kits d'anesthésie; ▪ % de CHR des zones touchées par l'insécurité offrant dans le paquet de soins les prestations requises par la situation. ▪ % de CHR des zones touchées par l'insécurité dont la capacité logistique pour le ramassage et l'évacuation des blessés a été renforcée; ▪ % de CHR des zones touchées par l'insécurité dont les équipes chirurgicales et d'anesthésie-réanimation a reçu une formation pour la prise en charge des blessures de guerre;		
P4.3.	La capacité des CHU est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux et anesthésiques occasionnée par l'insécurité et les déplacements internes de populations.	▪ Nombre de CHU disposant d'un répertoire actualisé de Ressources humaines spécialisées rapidement mobilisables pour la prise en charge de blessés de masse; ▪ Nombre de CHU dont la capacité en matériel et équipements a été renforcée; ▪ Nombre de CHU dont la capacité a été renforcée par le pré positionnement de Kits trauma et de Kits d'anesthésie; ▪ Nombre de CHU dont la capacité a été renforcée pour l'accueil et la prise en charge de blessés de masse ▪ Nombre de CHU dont la capacité logistique pour le ramassage et l'évacuation des blessés a été renforcée.	▪ Rapport de supervision/ Rapport d'évaluation	
P4.4.	La coordination de la réponse est renforcée.	▪ % des acteurs ayant reçu une formation sur les directives de prise en charge des traumatismes de guerre ▪ Disponibilité d'une cartographie actualisée des besoins et des interventions dans les zones touchées par l'insécurité ▪ Une plateforme active de communication et de coordination des acteurs ▪ Proportion des besoins couverts par les acteurs humanitaires ▪ Proportion des ressources mobilisées par rapport aux besoins estimés	▪ Rapport de supervision/ Rapport d'évaluation	

Tableau IX : Plan de mise en œuvre de la stratégie									
							COUTS F CFA	Source	Responsables
	TOTAL						45 380 680 350		
Code	Action	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5			
E1	LE PILOTAGE DU PROCESSUS DE RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS CHIRURGICAUX ET ANESTHESIQUES EST GUIDÉ PAR UN CADRE ORGANISATIONNEL ET NORMATIF CONSOLIDÉ.						2 225 000 000		
P1.1.	Le Management des services chirurgicaux et anesthésiques est amélioré						480 000 000		
A1.1.1.	Définir les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques délivrés aux 3 niveaux de soins de la pyramide sanitaire.						15 000 000	État, PTF	DGOS, DFSP, DIEM, DRH
A1.1.2.	Redéfinir le circuit de référence-contre référence entre les trois niveaux de la pyramide ainsi que les réseaux des soins, y compris dans les grandes agglomérations dotées d'un ou de plusieurs CHU.	X					15 000 000	État, PTF	DGOS, DFSP, DIEM, DRH
A1.1.3.	Actualiser les normes (ressources humaines y compris les agents de maintenance, l'infrastructure, les équipements, le matériel, les critères de performances) adaptées à chaque paquet de soins.						30 000 000	État, PTF	DGOS, DFSP, DIEM, DRH, DQSS
A1.1.4.	Définir la mission de chaque CHU et CHUR dans l'esprit de la nécessaire complémentarité.	X					15 000 000	État, PTF	Cabinet du MS, DGOS, Doyen UFR/SDS
A1.1.5.	Définir des réseaux des soins chirurgicaux et anesthésiques de types inter-établissements publics et ou privés.	X					5 000 000	État	Cabinet du MS, DGOS, Direction du secteur privé, Secteur privé
A1.1.6.	Installer un système d'information hospitalier (inventaire numérisé des infrastructures, équipements et matériels, dossier patient, gestion administrative et financière, dossier patient, gestion des médicaments et consommables).						400 000 000		
P1.2.	L'harmonisation, la protection et la maintenance du matériel et des équipements sont effectives						528 000 000		
A1.2.1.	Organiser les réunions d'un organe technique, comprenant les utilisateurs, pour guider le choix du matériel et des équipements.	X					10 000 000	État, PTF	Cabinet MS

A1.2.2.	Elaborer des directives d'achat qui garantissent la standardisation et l'harmonisation du matériel et des équipements, l'acquisition du matériel et des équipements avec le meilleur service après-vente, des facilités d'accès aux pièces de rechange et une protection systématique contre l'instabilité de l'alimentation électrique.	X					10 000 000	État, PTF	Cabinet MS, DIEM, SOGEMAB
A1.2.3.	Elaborer une stratégie et un plan pour la maintenance des infrastructures, équipements et matériels.	X					8 000 000	État, PTF	DIEM, SOGEMAB
A1.2.4.	Décentraliser progressivement le service de maintenance des équipements vers les CHR, puis vers les CMA.	X	X	X	X	X	500 000 000	État, PTF	DRH, DIEM SOGEMAB
A1.2.5.	Créer un établissement de formation des agents de maintenance (Partenariat public-privé).		X				Incitation fiscale	État, PTF, Privé	DIEM SOGEMAB
P1.3.	La gestion des personnels est efficiente						850 000 000		
A1.3.1.	Animer le dialogue entre le Ministère de la santé et les Institutions de formation des personnels de santé (UFR/SDS, ENSP, etc.) pour une formation des membres des équipes de chirurgie et anesthésie adaptée en termes de profils et d'effectifs.	X					5 000 000	État, PTF	Cabinet MS, DGOS, DRH, Doyen UFR/SDS, DG/ENSP
A1.3.2.	Élaborer un plan de prise en main progressive des actes majeurs de chirurgie et d'anesthésie, à tous les niveaux de la pyramide de soins, par des médecins spécialistes accompagné d'une liste d'actes délégués.	X					10 000 000	État, PTF	Cabinet MS DGOS, PROFOS, Doyen UFR/SDS, DG/ENSP, SS
A1.3.3.	Élaborer un plan (10 ans) de formations des médecins spécialistes dans les disciplines chirurgicales et anesthésiques, avec en annexe de recrutement et d'affectation progressive vers les CMA et CHR.	X					15 000 000	État, PTF	DRH, Doyen Faculté de Médecine
A1.3.4.	Accorder au personnel, travaillant dans des conditions difficiles (insécurité, éloignement, accessibilité, conditions de vie en famille, logements), une prime adaptée au niveau de difficultés du poste de travail et au niveau de performance.	X					500 000 000	État, PTF	DRH
A1.3.5.	Revisiter le règlement du personnel pour renforcer les dispositions relatives au respect de la hiérarchie, à la discipline, à l'assiduité, aux sanctions.	X					10 000 000	État, PTF	Cabinet MS, DRH, Associations professionnelles
A1.3.6.	Définir les conditions d'exercice de la pratique privée par des professionnels engagés à temps plein par le secteur public.	X					10 000 000	État, PTF	Cabinet MS, DRH, Associations professionnelles
A1.3.7.	Organiser les stages en milieu rural des médecins en cours de spécialisation (4 ^e année) dans les disciplines chirurgicales et anesthésiques	X	X	X	X	X	300 000 000	État, PTF	Cabinet MS, DRH, DFSP, Doyen UFR/SDS
P1.4.	Le partenariat pour l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient est renforcé.						32 000 000		
A1.4.1.	Animer un dialogue formel entre les autorités du MS et les sociétés savantes (Comité technique de chirurgie et anesthésie) sur les aspects de guidance technique et	X					10 000 000	État, PTF	DGOS, SS

	scientifique et de choix des stratégies et moyens pour améliorer la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques et la sécurité des patients, etc.									
A1.4.2.	Animer une plateforme de dialogue avec les organisations de la société civile œuvrant pour l'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux et de la sécurité du patient.	X						3 000 000	État, PTF	DQSS, OBQUASS
A1.4.3.	Animer une plateforme de dialogue avec le secteur privé intervenant dans l'offre de services chirurgicaux et anesthésiques.	X						3 000 000	État, PTF	DGOS, Direction du secteur privé
A1.4.4.	Élaborer un plan directeur du secteur privé intervenant dans l'offre de services chirurgicaux et anesthésiques.		X					10 000 000	État, PTF	DGOS
A1.4.5.	Dresser une cartographie actualisée régulièrement des structures du secteur privé offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques.	X						6 000 000	État, PTF	DGOS
A1.4.6.	Soutenir les initiatives du secteur privé pour la production locale d'intrants : gaz médicaux, solutés, solutions de désinfection, gaze médicale, lingerie de salles d'opération.		X					Incitations fiscales	État, PTF	Cabinet du MS, DGOS
A1.4.7.	Organiser des activités de mobilisation des partenaires techniques et financiers pour accompagner le renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques.	X						PM	État, PTF	Cabinet MS, DAF, DGOS, DFSP, DQSS
P1.5.	L'accessibilité financière des soins chirurgicaux est améliorée							265 000 000		
A1.5.1.	Actualiser la tarification des prestations chirurgicales et anesthésiques, applicable dans le secteur public et dans le secteur privé.	X						15 000 000	État, PTF	DGOS, DFSP, DAF
A1.5.2.	Réduire les coûts directs supportés par les patients en réintroduisant dans le coût de l'acte facturé par l'hôpital certains intrants hospitaliers : lingerie de salle d'opération, compresses, produits de désinfection, produits d'anesthésie, etc. ⁶⁴	X						250 000 000	État, PTF	DGOS, ST/CSU, DFSP, DAF, CNAMU
A1.5.3.	Démarrer dans les meilleurs délais possibles, le fonctionnement des mécanismes d'assurance maladie universelle, avec un degré d'urgence particulier pour la prise en charge des urgences et des accidentés de la route.	X	X	X	X	X		PM	État, PTF	Cabinet MS, ST/CSU, CNAMU
P1.6.	La disponibilité de l'information sanitaire relative aux activités chirurgicales et anesthésiques est améliorée.							70 000 000		
A1.6.2.	Généraliser le Dossier du patient numérisé dans toutes les FS.	X	X	X	X	X		Voir A1.3.5.	État, PTF	DQSS, SS
A1.6.3.	Introduire dans l'Annuaire statistique les données sur l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques : Pathologies, interventions réalisées, nombre et type d'actes d'anesthésie, mortalité, Infection du site opératoire et autres complications, densité de l'équipe chirurgicale.	X	X	X	X	X		Fonctionnement annuel	État, PTF	DGESS
A1.6.4.	Intégrer dans l'Annuaire statistique les données relatives aux activités chirurgicales et anesthésiques pratiquées dans le secteur privé.	X	X	X	X	X		5 000 000	État, PTF	DGESS, DSS

⁶⁴Jusque récemment, ces intrants hospitaliers étaient fournis par la FS mais aujourd'hui le patient doit les acheter directement dans la pharmacie de l'hôpital ou en officines. C'est une cause de retard ou même d'abandon du traitement.

A1. 6.5.	Financer les activités de recherche des CHU et CHUR sur la qualité des soins et la sécurité du patient, avec un accent sur la mortalité opératoire, les infections du site opératoire (ISO) et autres complications post-opératoires.	X	X	X	X	X	50 000 000	État, PTF	DGOS, DQSS, SS
A1. 6.6.	Animer une plateforme de dialogue entre le niveau décisionnel et les chercheurs pour utiliser les évidences sur la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques et la sécurité du patient dans la prise de décisions.	X	X	X	X	X	15 000 000	État, PTF	DGOS, DQSS, SS
E 2	LES PAQUETS DE SOINS CHIRURGICAUX ET ANESTHÉSQUES, DÉTERMINÉS POUR CHAQUE NIVEAU DE LA PYRAMIDE DE SOINS, SONT DISPONIBLES ET ACCESSIBLES POUR TOUTE LA POPULATION.						37 344 640 350	État, PTF	
P2.1.	La couverture géographique en infrastructures, équipements, matériels et logistique pour offrir les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques est améliorée aux niveaux intermédiaire et primaire.						26 398 200 000		
A 2.1.1.	Construire ou achever la construction des 7 CMA prévus avec équipement.	X	X	X	X	X	12 000 000 000	État, PTF	DIEM
A 2.1.2.	Construire ou achever la construction du CHR de la région Centre-Sud prévu avec équipement.	X	X	X	X	X	10 000 000 000	État, PTF	DIEM
A 2.1.3.	Équiper, selon les normes, les CHR et CMA actuellement en fonction.	X	X				4 398 200 000	État, PTF	DIEM, SOGEMAB
A 2.1.4.	Démarrer effectivement les activités dans les services de chirurgie et d'anesthésie du CHR de Ziniaré.	X					PM	État, PTF	DIEM, SOGEMAB
P2.2.	La capacité des CHU et CHUR est renforcée pour mieux jouer leur rôle de référence nationale pour la provision des soins chirurgicaux et anesthésiques et la formation des spécialistes.						6 220 000 000		
A2.2.1.	Élaborer un plan global de renforcement de la capacité de chaque CHU et CHUR en fonction des résultats d'un audit et de sa mission spécifique dans le renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques.	X					20 000 000	État, PTF	DGOS, DIEM, DFSP, Doyen UFR/SDS, SS
A2.2.2.	Effectuer les réhabilitations urgentes de l'infrastructure et l'acquisition des équipements et matériels de première nécessité pour les services chirurgicaux et anesthésiques des CHU- CHUR et prioritairement ceux du CHU-YO.	X					5 000 000 000	État, PTF	DFSP, DIEM
A2.2.3.	Renforcer, le plateau technique des CHU spécifiquement désignés (lettre de mission) pour offrir les soins chirurgicaux et anesthésiques de pointe : Chirurgie à cœur ouvert, transplantations d'organes notamment rénales, chirurgie réparatrice, chirurgie infantile néonatale, Coeliochirurgie, etc.		X	X	X	X	1 000 000 000	État, PTF	DFSP, DIEM
A2.2.4.	Équiper les CHU et CHUR d'infrastructures, équipements et matériels nécessaires pour assurer leur mission de formation.		X	X	X	X	200 000 000	État, PTF	DFSP, DIEM
P2.3.	La maintenance des infrastructures, des équipements et des matériels est améliorée aux trois niveaux de soins.						447 500 000		
P2.3.1.	Élaborer ou actualiser les référentiels de maintenance des infrastructures, équipements techniques, matériels et logistique.	X					9 500 000	État, PTF	DIEM, SOGEMAB

P2.3.2.	Former les acteurs sur l'application des référentiels de maintenance des infrastructures, équipements techniques, matériels et logistique.	X	X	X	X	X	38 000 000	État, PTF	DRH, DIEM, SOGEMAB
P2.3.3.	Décentraliser progressivement le service de maintenance pour que les agents de maintenance avec équipement fassent partie des effectifs du personnel des FS aux trois niveaux.	X	X	X	X	X	400 000 000	État, PTF	DRH, DIEM, SOGEMAB
P2.3.4.	Former systématiquement les utilisateurs sur tout nouvel équipement en service (A inclure dans le contrat d'achat des équipements).	X	X	X	X	X	Conditions d'achat	État, PTF	DIEM, SOGEMAB
P 2.4.	Les personnels compétents sont disponibles en quantité et en qualité selon les normes						3 774 640 350		
A2.4.1.	Compléter, par redéploiement principalement et par recrutement le cas échéant, les effectifs de services chirurgicaux et anesthésiques déficitaires par rapport aux normes minimales.	X	X	X	X	X	500 000 000	État, PTF	DRH
A2.4.2.	Former, au cours des 5 à 10 prochaines années, la formation de 353 médecins spécialistes dans les disciplines déficitaires	X	X	X	X	X	2 700 140 350	État, PTF	DRH, PROFOS, Doyen UFR/SDS
A2.4.3.	Former 100 médecins généralistes à la chirurgie essentielle pour combler le déficit immédiat.	X	X	X	X	X	200 000 000	État, PTF	DFSP, Doyen UFR/SDS
A2.4.4.	Former les attachés de santé dans les disciplines fortement déficitaires : 70 ASSGO, 20 Attachés en ORL, 93 attachés en odonto-stomatologie.	X	X	X	X	X	274 500 000	État, PTF	DFSP, Doyen UFR/SDS
A2.4.5.	Exécuter les activités de supervision (technique et qualité des soins et sécurité du patient) des équipes chirurgicales des CMA par les CHR et des CHR par les CHU.	X	X	X	X	X	100 000 000	État, PTF	DGOS, DFSP, SS
P2.5.	Les produits de santé et autres consommables sont disponibles						504 400 000		
A2.5.1.	Introduire parmi les éléments du plan annuel de chaque FS, un plan d'approvisionnement en produits de santé et autres consommables.	X	X	X	X	X	PM	État, PTF	DGPML
A2.5.2.	Informatiser la gestion des stocks de produits de santé et autres consommables dans chaque formation sanitaire.	X					Voir A1.1.6.	État, PTF	DGPML
A2.5.3.	Évaluer, chaque année, la performance du service d'approvisionnement.	X	X	X	X	X			
A2.5.4.	Doter les CHR de petites unités de production d'oxygène médicale pour leur approvisionnement propre et celui des CMA qu'ils couvrent.	X	X				500 000 000	État, PTF	DIEM
A2.5.5.	Équiper les FS qui n'en ont pas, d'une unité de stockage et de conservation des produits sanguins.	X	X				4 400 000	État, PTF	DIEM
E3	LA POPULATION BENEFICIE DE SOINS CHIRURGICAUX ET ANESTHÉSQUES DE QUALITE, CENTRES SUR LA PERSONNE ET LA SECURITE DU PATIENT						995 000 000		
P 3.1.	Les prestations offertes sont conformes aux normes, aux protocoles et aux directives						122 500 000		
A3.1.1.	Elaborer les guides techniques pour les prestations chirurgicales et anesthésiques.	X					5 000 000	État, PTF	DGOS, DQSS, DFSP, SS

A3.1.2.	Former tous les acteurs sur les guides techniques pour les prestations chirurgicales et anesthésiques.	X					17 500 000	État, PTF	DGOS, DFSP, SS	DGSS,
A3.1.3.	Appuyer, superviser et auditer les prestataires dans la prise en charge des patients.		X	X	X	X	50 000 000	État, PTF	DGOS, DFSP, SS	DQSS,
A3.1.4.	Réaliser l'évaluation de pratiques professionnelles.		X	X	X	X	50 000 000	État, PTF	DGOS, DFSP, SS	DQSS,
P3.2.	La dynamique de la qualité des soins centrés sur la personne et la sécurité du patient est intégrée dans le management des services de chirurgie et d'anesthésie.						145 500 000			
A3.2.1.	Diffuser les référentiels de qualité des soins et sécurité des patients dont la Check List de l'OMS pour la sécurité du patient	X					15 000 000	État, PTF	DQSS	
A3.2.2.	Diffuser les guides de diagnostic et traitement relatives aux soins chirurgicaux et anesthésiques	X					10 500 000	État, PTF	DQSS, technique de chirurgie	Comité de chirurgie
A3.2.3.	Former les équipes chirurgicales et d'anesthésie à la démarche qualité des soins centrés sur la personne et la sécurité des patients et sur l'utilisation des outils et guides de diagnostic et de traitement	X	X	X	X	X	45 000 000	État, PTF	DQSS, technique de chirurgie	Comité de chirurgie
A3.2.4.	Introduire l'enseignement de la démarche qualité des soins centrés sur la personne et la sécurité des patients dans le curriculum de formation initiale des personnels soignants	X	X	X	X	X	PM	État, PTF	DQSS, UFR/SDS, DG/ENSP	Doyen
A3.2.5.	Organiser, chaque trimestre, une réunion du comité qualité des soins et sécurité des patients dans chaque établissement offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques	X					45 000 000	État, PTF	Dir CMA, CHR, CHU	
A3.2.6.	Renforcer la supervision des équipes chirurgicales et anesthésiques sur la mise en œuvre de la démarche qualité	X	X	X	X	X	A2.4.6.	État, PTF	Équipe DQSS, CHU et CHR, SS	DFSP, et
A3.2.7.	Organiser les activités du réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des Infections du site opératoire.	X					30 000 000	État, PTF	DQSS, SS	
P3.3.	Les communautés, les familles et les individus participent à la prise en charge de leur santé						82 000 000			
A3.3.1.	Diffuser, à l'intention des communautés, l'information (brochure, simple, traduite dans les principales langues du pays) sur les concepts : autonomie des patients et leur famille, auto prise en charge éclairée, évaluation des soins et des plans de traitement, le circuit de prise en charge dans le système de santé, etc.	X	X	X	X	X	10 000 000	État, PTF	DQSS, qualité	Comités
A3.3.2.	Former les relais communautaires sur les concepts : soins centrés sur la personne, autonomie des patients et leur famille, auto prise en charge éclairée, évaluation des soins et des plans de traitement, etc.	X	X	X	X	X	20 000 000	État, PTF	DGSS, qualité	Comités
A3.3.3.	Former les équipes chirurgicales et anesthésiques sur les concepts : soins centrés sur la personne, autonomie des patients et leur famille, auto prise en charge éclairée, évaluation des soins et des plans de traitement, etc.	X	X	X	X	X	20 000 000	État, PTF	DQSS, qualité	Comités

A3.3.4.	Organiser les réunions des groupes d'entraide et des groupes de patients experts	X	X	X	X	X	20 000 000	État, PTF	DQSS, qualité	Comités
A3.3.5.	Développer la pratique de la prise de décision clinique partagée entre les individus, les familles et les prestataires dans les FS.	X	X	X	X	X	12 000 000	État, PTF	DQSS, qualité	Comités
P3.4.	Les activités de surveillance et de contrôle de la qualité des soins chirurgicaux sont effectives						45 000 000			
A3.4.1.	Organiser les activités des sociétés savantes pour assurer la veille technique, les audits sur les erreurs de pratiques et les événements indésirables liés aux soins et services, les contrôles de la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques et la sécurité des patients	X	X	X	X	X	30 000 000	État, PTF	DQSS, SS	
A3.4.2.	Réaliser des activités de contrôle de la mise en application des mesures de la check-list de l'OMS pour la sécurité du patient.						10 000 000		DQSS, SS	
A3.4.3.	Organiser les activités de la société civile pour assurer la veille technique sur la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques et la sécurité des patients	X	X	X	X	X	5 000 000	État, PTF	DQSS, OBQUASS	
P3.6.	Le risque d'effets nocifs liés aux soins chirurgicaux, encouru par le patient, est réduit.						600 000 000			
A3.6.1.	Doter les FS qui n'en ont pas, de matériel de stérilisation fonctionnel	X	X				150 000 000	État, PTF	DIEM, SOGEMAB	
A3.6.2.	Renforcer la capacité de gestion des déchets biomédicaux dans les FS	X	X	X	X	X	300 000 000	État, PTF	DQSS, qualité	Comités
A3.6.3.	Doter les FS du matériel et des équipements nécessaires pour la protection individuelle en quantité suffisante.	X	X	X	X	X	100 000 000	État, PTF	DQSS, qualité	Comités
A3.6.4.	Doter les FS du matériel, des équipements et des consommables nécessaires pour la pratique du lavage des mains	X	X	X	X	X	50 000 000	État, PTF	DQSS, qualité	Comités
E4	LES POPULATIONS DES ZONES TOUCHÉES ET LES PERSONNES DÉPLACÉES INTERNES BÉNÉFICIENT DE SOINS CHIRURGICAUX DE QUALITÉ, CENTRÉS SUR LA PERSONNE ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT						4 818 040 000			
P4.1.	La capacité des CMA touchés par l'insécurité (actuellement 8) est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux occasionnée par l'insécurité et les déplacements internes de populations.						1 531 300 000			
P4.1.1.	Affecter du personnel motivé, très expérimenté et très performant, ayant une bonne connaissance du terrain et en adaptant les effectifs aux chiffres au volume des activités.	X	X	X	X	X	300 000 000	État, PTF	DGOS, DRH	
P4.1.2.	Renforcer l'équipe de chaque CMA desservant les zones affectées avec un médecin spécialiste en chirurgie générale et digestive, un médecin spécialiste en traumatologie, un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation et un agent de maintenance	X	X	X	X	X	100 000 000	État, PTF	DGOS, DRH, DFSP, DIEM, SOGEMAB	
P4.1.3.	Former les membres des équipes chirurgicales des CMA, CHR, CHU-CHUR à la prise en charge des blessures de guerre dans tout le pays mais en priorité celles travaillant des zones touchées par l'insécurité.	X					45 000 000	État, PTF	DGOS, UFR/SDS	Doyen
P4.1.4.	Organiser la rotation des personnels affectés dans les CMA les plus difficiles	X	X	X	X	X	50 000 000	État, PTF	DGOS, DRH	

P4.1.5.	Former et équiper les agents de santé communautaire pour donner les premiers soins des blessés	X	X	X	X	X	50 000 000	État, PTF	DFSP, DIEM, Croix rouge
P4.1.6.	Améliorer le ramassage des blessés avec les moyens les moins exposés au pillage ou à la destruction (CMA)	X	X	X	X	X	40 000 000	État, PTF	DIEM
P4.1.7.	Prépositionner un trauma kit WHO Trauma and Emergency Surgery Kits (TESK) 2019 et 2 WHO Anaesthetic Kits par CMA (soit 8 WHO-TESK et 8 kits anesthésiques)	X	X	X	X	X	617 500 000	État, PTF	DIEM
P4.1.8.	Doter les CMA en intrants en tenant compte des besoins habituels et ceux occasionnés par les PDI et par la fermeture de certains centres de santé	X	X	X	X	X	320 000 000	État, PTF	DGPML
P4.1.9.	Renforcer la capacité de stockage du sang : 8 frigos solaires de grande capacité (1 frigo/CMA)	X	X	X	X	X	8 800 000	État, PTF	DIEM, SOGEMAB
P4.2.	La capacité des CHR touchés par l'insécurité (6 actuellement)⁶⁵ est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux occasionnée par l'insécurité et les déplacements internes de populations.						1 221 240 000		
P4.2.1.	Former les équipes chirurgicales des CHR à la prise en charge des blessures de guerre	X	X	X	X	X	Voir P4.1.3.	État, PTF	DGOS, DRH
P4.2.2.	Renforcer l'équipe chirurgicale de chaque CHR avec un médecin spécialiste en traumatologie et un médecin spécialiste en anesthésie réanimation.	X					150 000 000	État, PTF	DGOS, DRH, DIEM
P4.2.3.	Prépositionner du matériel de traumatologie dans CHR touchés par l'insécurité : 12 WHO Trauma and Emergency Surgery Kits (TESK) 2019 et 12 Anaesthetic Kits (4 kits de chaque catégorie/CHR)	X	X	X	X	X	480 000 000	État, PTF	DIEM
P4.2.4.	Renforcer la capacité de stockage des produits sanguins par six frigos	X	X	X	X	X	6 600 000	État, PTF	CNTS, CRTS, DIEM
P4.2.5.	Renforcer le dispositif d'évacuation des gros blessés avec l'acquisition de matériel roulant dans les CHR touchés par l'insécurité : 12 ambulances fonctionnelles (2 /CHR)	X	X	X	X	X	312 000 000	État, PTF	DIEM
P4.2.6.	Renforcer la capacité logistique de transport des intrants dans les CHR touchés par l'insécurité : 12 camionnettes pick-up (2/CHR)	X	X	X	X	X	240 000 000	État, PTF	DIEM
P4.2.7.	Renforcer la capacité des services de réanimation par l'aménagement de 4 lits supplémentaires dans les CHR touchés par l'insécurité	X	X				32 640 000	État, PTF	DFSP, DIEM
P4.3.	La capacité des CHU est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux occasionnée par l'insécurité et les déplacements internes de populations.						1 713 500 000		
P4.3.1.	Constituer un répertoire de médecins spécialistes, d'attachés de santé, d'IDE, d'agents de maintenance pour constituer une capacité qui peut être déployé rapidement vers les centres de prise en charge des traumatisés qui nécessitent un appui d'appoint (CHU)	X	X	X	X	X	PM	État, PTF	DGOS, DG des CHU
P4.3.2.	Renforcer la capacité des services de réanimation par l'ajout d'une capacité de 10 lits équipés dans la ville de Ouagadougou Ouaga	X					88 000 000	État, PTF	DGOS, DG des CHU, DIEM

⁶⁵ Sahel, Est, Centre-Nord, Boucle du Mouhoun, Centre-Est, Nord

P4.3.3.	Equiper un espace d'une capacité permettant l'accueil, le triage, les premiers soins et le dispatching de 300 blessés arrivant en même temps	X					52 500 000	État, PTF	DGOS, DG des CHU, DIEM
P4.3.4.	Elaborer un plan de dispatch des blessés vers les différents centres de prise en charge des blessés dans les agglomérations de Ouagadougou et Bobo Dioulasso	X					5 000 000	État, PTF	DGOS, DG des CHU, DIEM
P4.3.5.	Renforcer la capacité des services de : traumatologie, prise en charge des brûlés graves, de chirurgie reconstructrice, appareillage des amputés, Réadaptation et de révalidation	X					400 000 000	État, PTF	DGOS, DG des CHU, DIEM
P4.3.6.	Organiser la logistique pour assurer le déploiement rapide des personnels, des intrants et l'évacuation des blessés : 4 ambulances et 4 camionnettes pick-up pour Ouagadougou, 2 véhicules de chaque catégorie pour le CHU-SS et pour le CHUR de Ouahigouya.	X					368 000 000	État, PTF	DGOS, DG des CHU, DIEM
P4.3.7.	Constituer un stock national d'équipements, de matériels et d'intrants pour répondre aux situations dépassant la capacité prépositionnée au niveau des CHR : 10 WHO Trauma and Emergency Surgery Kits (TESK) 2019 et 10 Anaesthetic Kits.	X					400 000 000	État, PTF	DGOS, DIEM
P4.4.	La coordination de la réponse est renforcée						352 000 000		
P4.4.1.	Diffuser des directives appropriées pour la prise en charge des blessés de guerre.	X					5 000 000	État, PTF	DGOS
P4.4.2.	Former les acteurs sur les directives de prise en charge des blessés de guerre	X	X	X	X	X	27 500 000	État, PTF	DGOS
P4.4.3.	Produire la cartographie actualisée régulièrement des besoins et des interventions en cours	X	X	X	X	X	17 500 000	État, PTF	DGOS
P4.4.4.	Animer une plateforme de communication entre les acteurs (Gouvernement, PTF, Humanitaires) intervenant dans la zone touchée par l'insécurité.	X	X	X	X	X	7 500 000	État, PTF	DGOS
P4.4.5.	Développer des activités de plaidoyer pour mobiliser encore plus d'acteurs humanitaires qui ont une expérience confirmée de la provision de soins chirurgicaux et anesthésiques en zones de conflit.	X	X	X	X	X	PM	État, PTF	Cabinet MS
P4.4.6.	Subventionner les soins chirurgicaux urgents pour les populations de ces zones dont l'activité économique subit sévèrement le contre-coup de l'insécurité.	X	X	X	X	X	294 500 000	État, PTF	Cabinet MS
P4.4.7.	Assurer effectivement la sécurité des personnels de santé, des infrastructures, des équipements, des matériels et de la logistique sur le terrain.	X	X	X	X	X	PM	État, PTF	Cabinet MS, Ministère Défense

5. DISPOSITIONS DE MISE EN OEUVRE

5.1. CADRE INSTITUTIONNEL

Le cadre institutionnel permet de dresser la liste des différents acteurs dans la mise en œuvre de la stratégie et du plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux au Burkina Faso et de décrire le rôle respectif.

5.1.1. COORDINATION ET PILOTAGE

Comme pour tous les autres documents stratégiques du Ministère de la Santé, le Cadre Sectoriel de Dialogue (CSD) assurera son rôle dans (i) la coordination des interventions et des acteurs, (ii) la collaboration intersectorielle, (iii) la mobilisation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre et (iii) la vérification et l'analyse des résultats pour prendre les mesures correctrices nécessaires dans le cadre de la redevabilité. Le CSD peut organiser des missions et des études pour confirmer les résultats ou les problèmes rapportés.

5.1.2. NIVEAU CENTRAL

5.1.2.1. Cabinet du Ministre et Directions centrales

Les différents effets et produits de la stratégie s'inscrivent, selon leur nature, dans le cadre tracé par les 4 Programmes du Budget-Programme du Ministère de la santé⁶⁶ et du Plan triennal 2020-2022 du Ministère de la Santé- Burkina Faso⁶⁷.

- *Programme Accès aux soins (055) :*
E2 : L'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques centrés sur la personne et sécurisés couvre les besoins de la population.
E3 : La population bénéficie de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient
- *Programme Santé Publique (056) :*
E4 : Les populations des zones touchées et les personnes déplacées internes bénéficient de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.
- *Programme Pilotage et soutien aux services de la santé (057) :*
E1 : Le pilotage du processus de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques s'appuie sur un cadre organisationnel et normatif consolidé.
- *Programme Accès aux produits de santé (146) :*
Effet 2- Produit 5 : Les produits de santé et autres consommables sont disponibles

5.1.2.2. Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction de la qualité des soins et sécurité des patients (DQSS), Direction des formations sanitaires publiques (DFSP) et la Direction du Secteur privé

⁶⁶ Loi N° 051-2019/AN Portant Loi des finances pour l'exécution du Budget de l'Etat, Exercice 2020

⁶⁷ Plan triennal 2020-2022 du Ministère de la Santé- Burkina Faso. Août 2019

La DGOS, la DQSS, la DFSP et la Direction du secteur privé médical, s'appuyant sur un comité technique, ont joué le rôle de supervision technique de l'exercice d'élaboration de la stratégie et du plan de renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques depuis l'écriture des termes de référence jusqu'à la validation de la première ébauche du document rédigé par une équipe de consultants.

La DGOS, la DQSS et la DFSP auront pour rôle de (i) animer la mise en œuvre, (ii) s'assurer les actions pour renforcer la gouvernance de l'offre des soins chirurgicaux soient prises à temps, (iii) assurer le suivi de la mise en œuvre, (iv) donner les avis techniques nécessaires au pilotage et (v) organiser la réalisation d'études et autres exercices périodiques d'évaluation pour suivre les performances et capitaliser l'expérience.

5.1.2.3. L'équipe fonctionnelle 1

L'équipe fonctionnelle 1 a pour rôle de valider la version consolidée du document de stratégie nationale et plan de renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques et de piloter l'exercice de mise en œuvre et d'évaluation.

5.1.2.4. Les partenaires techniques et financiers

Les PTF auront pour rôle de (i) accompagner le gouvernement dans la mobilisation des ressources techniques et financières pour la mise en œuvre, (ii) aligner leurs actions sur les orientations de la stratégie nationale et plan de renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques, (iii) honorer leurs engagements en respectant les volumes, l'échéancier et la prévisibilité des ressources annoncées et (iv) participer aux exercices de suivi-évaluation dans le cadre de la redevabilité.

5.1.2.5. Le secteur privé

La contribution du **secteur privé de santé** sera un des leviers pour accroître la couverture de la population en soins chirurgicaux de qualité centrées sur la personne et la sécurité du patient. Un certain nombre d'outils et de dispositifs existants pourraient être mieux exploités tels que le partenariat public/privé et le conventionnement.

Cette contribution pourrait se faire à travers (i) l'augmentation du volume des soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité offerts par le secteur sanitaire privé de soins, (ii) l'offre privée de formation professionnelle de santé notamment en maintenance du matériel et des équipements, (iii) l'offre privée d'intrants à des coûts étudiés et abordables et (iv) le sous-secteur des assurances et financement privé de la santé.

Le secteur privé non sanitaire

Le secteur privé non sanitaire pourrait contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des soins chirurgicaux à travers le sous-secteur des assurances et financement privé de la santé.

En outre, le secteur privé non sanitaire pourrait participer à la sécurisation de l'approvisionnement et à la réduction des coûts de certains intrants en renforçant leur production sur place. Il s'agit notamment des solutés, des gaz médicaux, des désinfectants, de la lingerie de

salle d'opération, de la gaze médicale, etc. Le secteur privé non sanitaire peut également s'impliquer dans le traitement des déchets biomédicaux et la maintenance des infrastructures et des équipements.

5.1.2.6. Les sociétés savantes

Une plus grande implication des sociétés savantes sera déterminante pour le renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques. Le rôle des sociétés savantes à travers le **Comité technique de chirurgie** sera de (i) édicter les guides de pratiques, (ii) conduire les audits sur les erreurs de pratiques et sur les complications péri opératoires, (iii) assurer la veille technique et scientifique sur la qualité de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques et sur les erreurs de pratiques et les événements indésirables, (iv) participer au choix des équipements médico-techniques les mieux adaptés au contexte local.

5.1.2.7. La société civile

L'implication de la société civile sera importante en particulier sur les aspects suivants : (i) améliorer l'offre de services au niveau des zones défavorisées, d'accès difficile ou des zones d'insécurité, (ii) mobiliser pour la participation de la communauté, les familles et les individus dans la prise de décision concernant leur santé, (iii) assurer la veille citoyenne sur la qualité des soins et la sécurité des patients, (iv) suivre le niveau de satisfaction et le respect des droits des populations et (v) contribuer à la mobilisation des ressources locales ou externes pour la mise en œuvre de la stratégie nationale et plan de renforcement des soins chirurgicaux.

5.1.3. NIVEAU REGIONAL

- Le niveau régional s'appuiera sur **les comités techniques régionaux de santé (CTRS)** sous la direction du Directeur régional de la santé et les Cadres Régionaux de Dialogue présidés par le Gouverneur
Ces cadres auront pour rôle de (i) Valider les plans opérationnels pour la mise en œuvre de la stratégie nationale et du plan de renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques, (ii) Analyser les rapports de progrès et (iii) Participer aux missions conjointes sur le terrain du niveau central.
- **Les Directions régionales de la santé** auront pour rôle de (i) Coordonner les interventions des différents acteurs de santé au niveau régional, (ii) Evaluer la performance des équipes cadres de district dans la mise en œuvre de la stratégie nationale et du plan de renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques, (iii) Elaborer les rapports de progrès et les bilans des plans d'action, (iv) Suivre la mobilisation des financements, (v) Participer à la réalisation des audits, (vi) Contribuer à la réalisation des évaluations et (vii) Fournir des informations permettant de renseigner les indicateurs de suivi de la stratégie nationale et du plan de renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques.

5.1.4. AU NIVEAU OPÉRATIONNEL

5.1.4.1. Le comité de gestion de district

Les **comités de gestion de district** auront pour rôle de coordonner les acteurs au niveau opérationnel, de valider les plans opérationnels et d'analyser les rapports de progrès et les bilans des plans d'action, (iii) Participer à la réalisation des audits et des évaluations et (iv) Fournir des informations permettant de renseigner les indicateurs de suivi de la stratégie nationale et du plan de renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques.

5.1.4.2. Les acteurs communautaires

Les acteurs communautaires auront pour rôle (i) d'améliorer la couverture des premiers soins aux blessés pour les populations éloignées ou d'accès difficiles, populations déplacées, populations vivant dans des zones d'insécurité (ii) de promouvoir les comportements favorables à la consultation précoce en cas d'affection nécessitant des soins chirurgicaux et (iii) d'améliorer la demande et l'utilisation de services offrant des soins chirurgicaux.

5.2. COÛT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

5.2.1. PROCESSUS D'ESTIMATION DES COÛTS

Le coût de la stratégie a été déterminé sur la base des actions développées dans le plan opérationnel. Les quantités et les coûts ont été obtenus à partir des entretiens réalisés et de l'exploitation des documents mis à notre disposition par les services compétents.

5.2.1.1. Collecte des données

Les entretiens ont été réalisés essentiellement auprès des structures suivantes : (i)Projet Formation des Spécialistes (PROFOS), (ii) Direction des équipements et du Matériel (DIEM), (iii) École Nationale de Santé Publique (ENSP) et (iv) Société de Gestion des Équipements et Matériel Biomédicaux du Burkina (SOGEMAB).

Ces entretiens ont été complétés par l'exploitation des documents suivants : (i) Normes et standards en infrastructures et en équipement du CSPS, du CMA et CHR , (ii) Stratégie nationale de la qualité des soins et services intègres centres sur les personnes et la sécurité des patients au Burkina Faso (2018), (iii) Évaluation de l'offre des soins dans les services de chirurgie et d'anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso (mai 2019) et (iv) Stratégie « Offre de soins » au Burkina Faso, (octobre 2019).

5.2.1.2. Le processus de budgétisation du matériel et équipement

L'estimation des besoins pour la budgétisation est faite sur la base du rapport d'Évaluation de l'offre des soins dans les services de chirurgie et d'anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso réalisé en mai 2019 par le Ministère de la Santé. La comparaison des données de ce rapport avec les normes en matière d'équipement des CMA et des CHR a dégagé des écarts négatifs (Existant – Norme). Ce sont ces écarts négatifs qui

constituent les besoins supplémentaires à combler et qui ont servi de base de budgétisation. Aussi, pour les régions de d'Est et du Sahel non couvertes par le rapport d'évaluation, nous avons utilisé soit la moyenne des besoins des districts sanitaires couverts, soit les normes en matière d'équipement. Les coûts unitaires sont ceux communiqués par la SOGEMAB.

5.2.1.3. Le processus de budgétisation des ressources humaines

Les besoins à combler en ressources humaines prennent en compte l'existant mais également les spécialistes en cours formation. Les coûts de formation des médecins spécialistes sont communiqués par le Projet Formation des spécialistes (PROFOS). En ce qui concerne les paramédicaux les chiffres sont issus de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP).

Pour les coûts des médecins spécialistes, on distingue trois catégories : (i) les spécialistes entièrement formés à l'université de Ouagadougou, (ii) les spécialistes formés à l'université de Ouagadougou avec stage à l'extérieur et (iii) les spécialistes entièrement formés à l'extérieur.

Ces éléments expliquent la disparité des coûts de formation

En ce qui concerne les Médecins formés en chirurgie essentielle, il a été proposé que leur formation passe de 3 mois à 9 mois afin de donner une plus grande plus-value, le budget est donc aligné sur 9 mois de formation.

5.2.1.4. Prise en compte de nouveaux CMA et CHR

Sept (7) nouveaux CMA et d'un CHR sont en cours de construction et dont l'ouverture interviendra dans la période de mise en œuvre de la stratégie. Parmi les sept (7) CMA, cinq (5) sont construits et équipés par l'ONG ORIO, seuls les besoins en ressources humaines sont pris en compte dans le présent budget. Le CHR de la Région Centre-Sud sera construit et équipé sous financement du budget de l'État. Les 2 autres CMA sont également construits sous financement budget de l'État et pour lesquels les équipements et le personnel sont prévus dans le présent budget. Il s'agit des Districts Sanitaires de N'Dorola (Hauts-Bassins) et de Kampti (Sud –Ouest).

5.2.2. BUDGET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

Le coût total de la mise en œuvre de la stratégie et du plan de renforcement de l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques s'élève à **43 336 540 000 F CFA** répartis sur les quatre (4) effets escomptés.

5.2.2.1. Répartition du Budget par Effets escomptés, Produits et Programmes

Le tableau X montre la répartition du budget par Effets escomptés (4), Produits (21) et Programmes (4): Programme Accès aux soins (code 055), Programme Santé Publique (code 056), Programme Pilotage et soutien aux services de la santé (code 057) et Programme Accès aux produits de santé (code 146).

Tableau X : Répartition du Budget par Effets escomptés, Produits et Programme

Code	Effets escomptés, Produits	P*	COÛTS F CFA
	COÛT TOTAL POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE		45 380 680 350
E1	Le pilotage du processus de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques s'appuie sur un cadre organisationnel et normatif consolidé.	057	2 225 000 000
P1.1.	Le Management des services chirurgicaux et anesthésiques est amélioré.	057	480 000 000
P1.2.	L'harmonisation, la protection et la maintenance du matériel et des équipements sont effectives.	057	528 000 000
P1.3.	La gestion des personnels est efficiente.	057	850 000 000
P1.4.	Le partenariat pour l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient est renforcé.	057	32 000 000
P1.5.	L'accessibilité financière des soins chirurgicaux est améliorée.	057	265 000 000
P1.6.	La disponibilité des données relatives aux activités chirurgicales et anesthésiques est améliorée.	057	70 000 000
E 2	Les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques sont disponibles et accessibles pour la population.	055	37 344 640 350
P2.1.	La couverture géographique en infrastructures, équipements, matériels et logistique pour offrir les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques est améliorée aux niveaux intermédiaire et primaire.	055	26 398 200 000
P2.2.	La capacité des CHU et CHUR est renforcée pour mieux jouer leur rôle de référence nationale pour la provision des soins chirurgicaux et anesthésiques et la formation des spécialistes.	055	6 220 000 000
P2.3.	La maintenance des infrastructures, des équipements et des matériels est améliorée aux trois niveaux de soins.	055	47 500 000
P2.4.	Les personnels compétents sont disponibles en quantité et en qualité selon les normes.	055	2 750 400 000
P2.5.	Les produits de santé et autres consommables sont disponibles.	146	504 400 000
E3	La population bénéficie de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centres sur la personne et la sécurité du patient.	055	995 000 000
P3.1.	Les prestations offertes sont conformes aux normes, aux protocoles et aux directives.	055	122 500 000
P3.2.	La dynamique de la qualité des soins centrés sur la personne et la sécurité du patient est intégrée dans le management des services de chirurgie et d'anesthésie.	055	145 500 000
P3.3.	Les communautés, les familles et les individus participent à la prise en charge de leur santé.	055	82 000 000
P3.4.	Les activités de surveillance et de contrôle de la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques sont effectives.	055	45 000 000
P3.5.	Le risque d'effets nocifs liés aux soins chirurgicaux, encouru par le patient, est réduit.	055	600 000 000
E4	Les populations des zones touchées et les personnes déplacées internes bénéficient de soins chirurgicaux de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.	056	4 818 040 000
P4.1.	La capacité des CMA touchés par l'insécurité (actuellement 8) est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux occasionnée par l'insécurité et les déplacements internes de populations.	056	1 531 300 000
P4.2.	La capacité des CHR touchés par l'insécurité (6 actuellement) est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux occasionnée par l'insécurité et les déplacements internes de populations.	056	1 221 240 000
P4.3.	La capacité des CHU est renforcée pour répondre à la demande additionnelle de soins chirurgicaux occasionnée par l'insécurité et les déplacements internes de populations.	056	1 713 500 000
P4.4.	La coordination de la réponse est renforcée pour améliorer l'accès des populations touchées aux soins chirurgicaux et anesthésiques.	056	352 000 000
*Programme du budget programme			

Le tableau XI montre la proportion du coût de financement de chaque effet escompté par rapport au coût total de la mise en œuvre de la stratégie et du plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques. Le financement des activités de pilotage et soutien aux services de santé (Effet 1) atteint 4,7 % du montant total, 83,7 % pour les activités pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité géographique des soins (Effet 2), 2,3% pour améliorer la qualité des soins centrés sur la personne et la sécurité du patient (Effet 3) et 9,3% pour le rétablissement de la permanence des services et de la continuité des soins dans les zones touchées par l'insécurité (Effet 4).

Tableau XI : Répartition du Budget par effets escomptés

	Effets escomptés	Coûts en F CFA	%
E1	Le pilotage du processus de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques s'appuie sur un cadre organisationnel et normatif consolidé.	2 225 000 000	4,9 %
E2	Les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques sont disponibles et accessibles à chaque niveau de la pyramide de soins.	37 344 640 350	82,3%
E3	La population bénéficie de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centres sur la personne et la sécurité du patient.	995 000 000	2,2 %
E4	Les populations des zones touchées et les personnes déplacées internes bénéficient de soins chirurgicaux de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient.	4 818 040 000	10,6 %
	TOTAL	45 380 680 350	100 %

5.2.2.2. Montage du financement de la stratégie

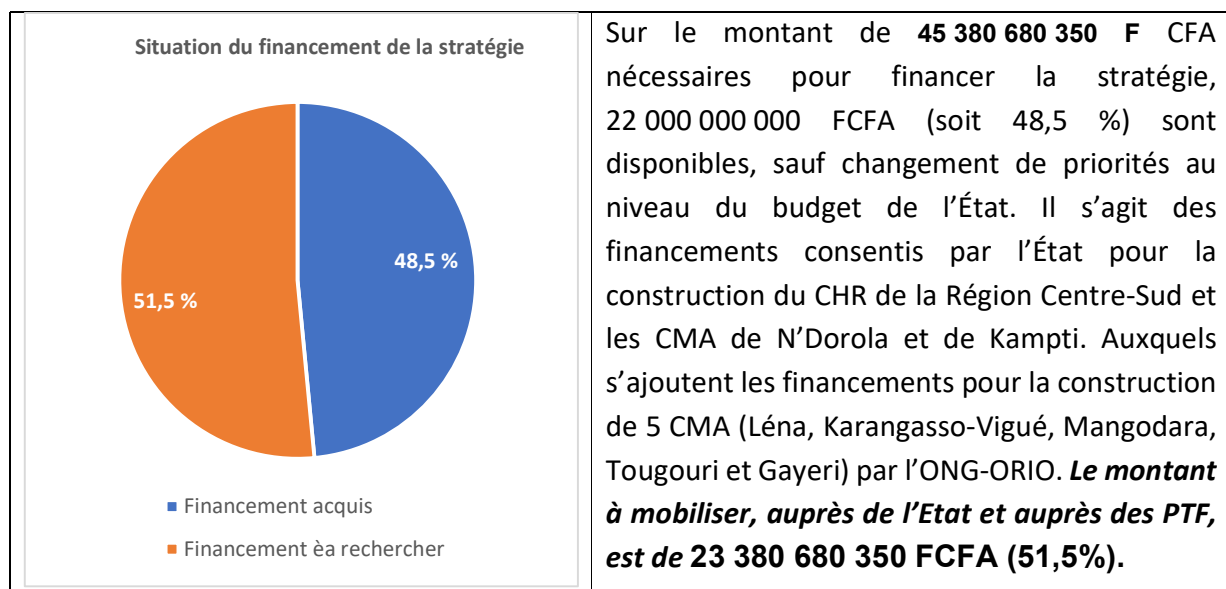


Figure 10 : Montage du Financement de la stratégie

5.3. CADRE DE SUIVI ÉVALUATION

5.3.1. LES OBJECTIFS

Le cadre de suivi-évaluation permettra d'évaluer les progrès relatifs (i) au renforcement de la gouvernance, (ii) à l'amélioration de la disponibilité et accessibilité des services chirurgicaux et anesthésiques, (iii) à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins centrés sur la personne et la sécurité du patient et (iv) à la permanence des services et la continuité des soins dans les zones touchées par le conflit. Les indicateurs d'effets choisis sont ceux proposées par « **Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies** ». Pour les indicateurs de produits relatifs aux équipements, matériels et intrants des indicateurs traceurs ont été proposés et à charge des sociétés savantes de les adapter si nécessaire. La question des valeurs de base reste un défi qui sera résolue par la disponibilité de données qui seront désormais fournies par la recherche et le SNIS.

5.3.2. LE SUIVI

Les exercices du suivi auront pour objectif d'assurer le respect du chronogramme de mise en œuvre, le suivi de la mobilisation et de l'utilisation des ressources et le monitoring des progrès. Le suivi sera fait à travers analyse des rapports du SNIS et des tableaux de bord de performances des HD/CMA, CHR et CHU, les exercices de supervisions, les activités des comités mis en place au niveau de chaque service offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques, les enquêtes sur la qualité et la sécurité des patients organisées par les comités internes de qualité et ou par la société civile, les audits sur les erreurs de pratique et les décès chirurgicaux, la notification des effets indésirables et la veille la surveillance des Infections du site opératoire et les rapports financiers.

5.3.3. L'ÉVALUATION

Les exercices d'évaluation auront pour objectif de mesurer les résultats atteints en termes de renforcement de la gouvernance, de la disponibilité et accessibilité, de la qualité des soins chirurgicaux et anesthésiques centrés sur la personne et la sécurité des patients et du rétablissement de la permanence de service et de la continuité des soins chirurgicaux et anesthésiques des populations vivant en zones de conflit.

Il est prévu trois types d'exercices :

- Les exercices mensuels d'auto-évaluation réalisés par les prestataires en collaboration avec les communautés à travers les comités qualité mis en place au niveau de chaque service;
- Les évaluations annuelles réalisées par une équipe externe composée de professionnels de santé, de membres des sociétés savantes, des membres de la société civile et de spécialistes en approche qualité.
- L'évaluation à mi-parcours portera sur les résultats atteints en 2023 et servira pour le recadrage si nécessaire;
- L'évaluation finale en 2025 qui portera sur les résultats de la mise en œuvre de la stratégie et le changement réalisé.

Tableau XII : Cadre de Performance

IMPACT : L'ÉTAT DE SANTE DES POPULATIONS EST AMELIORE

	INDICATEURS D'EFFETS	Base 2021	2022	2023	2024	2025	Source	Méthode Collecte	Périodicité Collecte	Responsable
1.	Proportion des ménages protégés contre les dépenses catastrophiques liées aux paiements directs à la charge des bénéficiaires pour des soins de chirurgie et d'anesthésie	10%	20%	30%	40%	50% ⁶⁸	Comptes de santé	Enquête	Annuelle	DGEES
2.	Nombre de médecins spécialisés en chirurgie, anesthésie et obstétrique pour 100 000 personnes	1,36	2	3	4	5 ⁶⁹	Annuaire statistique	Enquête	Annuelle	DGEES
3.	Proportion de la population pouvant accéder, en moins de 2 heures, à un établissement où l'accouchement par césarienne, la laparotomie et le traitement d'une fracture ouverte sont disponibles	10%	20%	30%	40%	50% ⁷⁰	Annuaire statistique	Données SNIS	Annuelle	DGEES
4.	Nombre d'interventions effectuées en salle d'opération par année pour 100 000 personnes	612	1000	1500	2000	2500 ⁷¹	Annuaire statistique	Enquête	Annuelle	DGEES
5.	Taux de mortalité péri opératoire des patients ayant subi une ou des interventions en salles d'opérations.	5-10% ⁷²	4-9%	3-8%	2-6%	1-5%	Annuaire statistique	Données SNIS	Annuelle	DGEES
6.	Taux des infections du site opératoire	15% ⁷³	13%	11%	9%	7%	Annuaire statistique	Enquête	Annuelle	DGEES
7.	Proportion de FS, en zones touchées par l'insécurité, renforcés pour faire face la demande occasionnée par les personnes déplacées internes (PDI)	50%	70%	80%	90%	100%	Rapport	Enquête	Annuelle	DQSS, DFSP,
	INDICATEURS DE PRODUITS	Base 2021	2022	2023	2024	2025	Source	Méthode Collecte	Périodicité Collecte	Responsable
8.	La disponibilité des dix principaux documents du cadre organisationnel et normatif ⁷⁴	5	10	10	10	10	Documents	Experts nat. et internat.		DGOS, DFSP, DQSS
9.	Proportion des FS offrant les paquets de soins chirurgicaux et anesthésiques selon les normes par niveau	20%	40%	60%	80%	100%	Rapport	Enquête	Annuelle	DQSS, DFSP,
10.	Proportion des FS dont 80% des 10 équipements ou intrants essentiels ⁷⁵ sont en bon état de fonctionnement au moment de l'inventaire annuel	20%	40%	60%	80%	90%	Inventaire	Enquête	Annuelle	DIEM, SOGEMAB

⁶⁸ Cible de **Global Surgery 2030**: 100% de protection contre les dépenses catastrophiques liées aux paiements à la charge des bénéficiaires pour des soins de chirurgie et d'anesthésie d'ici 2030

⁶⁹ Cible de **Global Surgery 2030**: 20 médecins en chirurgie, anesthésie ou obstétrique pour 100 000 personnes d'ici 2030

⁷⁰ Cible de **Global Surgery 2030**: Une couverture minimale de 80% des services essentiels de chirurgie et d'anesthésie par pays d'ici 2030

⁷¹ Cible de **Global Surgery 2030**: 5000 interventions par 100 000 habitants d'ici 2030

⁷² Nouvelles normes OMS pour réduire les risques chirurgicaux. OMS Genève 25 Juin 2008.

⁷³ L'incidence des infections du site opératoire en Afrique subsaharienne: Revue systématique et méta-analyse. [Ngaroua, Joseph Eloundou Ngah, Thomas Bénét, et Yaouba Djibrilla-Pan Afr Med J.](#) 2016; 24: 171.

⁷⁴ (i) Document définissant les paquets de soins, circuit référence-contre référence, réseaux de soins, (ii) Document des normes actualisées pour tous les niveaux, (iii) Directives des achats, (iv) Stratégie pour la maintenance des équipements, (v) Règlement du personnel actualisé, (vi) Texte créant les cadres de dialogue entre MS et les établissements de formation des RHS, les Sociétés savantes et la Société civile, (vii) Plan directeur du secteur privé, (viii) Tarification des actes chirurgicaux et anesthésiques, (ix) Plan de développement des CHU-CHUR, (x) Guides techniques de la pratique chirurgicale et anesthésique et prise en charge des traumatismes de guerre.

⁷⁵ (i) Aspirateur, (ii) respirateur, (iii) bistouri électrique, (iv) autoclave, (v) pouponnel, (vi) groupe électrogène de secours, (vii) circuit d'oxygène, (viii) table d'opération, (ix) lave-main, (x) charriot d'anesthésie complet.

11.	Proportion des sanctions qui sont effectivement appliquées	ND	70%	80%	90%	100%	Rapport annuel DRH	Enquête	Annuelle	DRH
12.	Proportion de formations sanitaires offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques disposant de spécialistes selon les normes	ND	50%	70%	90%	100%	Rapport annuel DRH	Enquête	Annuelle	DRH
13.	Proportion de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques délivrée par le secteur privé.	ND	5%	10%	15%	20%	Annuaire statistique	Enquête	Annuelle	DQSS, DFSP
14.	Proportion des recommandations, formulées par la Plateforme de dialogue entre le Ministère de la santé avec les Directeurs des établissements de formation des RHS, avec les Sociétés Savantes (SS) et avec la société civile, mises en application	0%	50%	60%	70%	80%	Rapport	Enquête	Annuelle	DGOS, DQSS, DFSP, SS, SC, établissements de formation
15.	Proportion des dépenses de santé des ménages couverte par une assurance santé	7,6%	9%	11%	13%	15%	Comptes de santé	Enquête	Annuelle	DGESS
16.	Proportion des décisions importantes prises sur des bases factuelles fournies par le SNIS et la recherche	ND	50%	60%	70%	80%	Rapport	Enquête	Annuelle	DQSS
17.	Pourcentage de FS (CMA, CHR et CHU) dont l'infrastructure, l'équipement et le matériel répondent aux normes.	ND	50%	60%	70%	80%	Rapport	Évaluation	Annuelle	DQSS, DFSP
18.	Pourcentage des services de chirurgie et d'anesthésie n'ayant pas connu des ruptures de stock de 10 intrants et autres consommables pris comme traceurs ⁷⁶	ND				20%	Rapports	Enquête	Annuelle	DIEM, SOGEMAB
19.	Pourcentage des structures offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques qui disposent d'un comité qualité des soins et sécurité des patients actif.	ND	50%	70%	90%	100%	Rapport	Enquête	Annuelle	DQSS
20.	Pourcentage des FS offrant des soins chirurgicaux et anesthésiques qui disposent d'un groupe de patient-expert	ND	50%	70%	90%	100%	Rapport	Enquête	Annuelle	DQSS
21.	Pourcentage des services offrant des soins chirurgicaux ayant été l'objet d'une enquête de contrôle de la qualité des soins et sécurité des patients	ND	50%	70%	90%	100%	Rapport	Enquête	Annuelle	DQSS
22.	% de FS (CMA et CHR) des zones touchées par l'insécurité dont la capacité Ressources humaines, matériel et équipements a été renforcée en tenant compte des normes et de la surcharge de travail entraînée par l'accueil de PDI;	ND	50%	70%	90%	100%	Rapport	Enquête	Annuelle	DFSP, DIEM, DRH
23.	Nombre de CHU dont la capacité en ressources humaines, matériel, équipements et logistique a été renforcée ;	ND	50%	70%	90%	100%	Rapport	Enquête	Annuelle	DFSP, DIEM, DRH
24.	Proportion des ressources mobilisées par rapport aux besoins estimés ⁷⁷	50%	70%	80%	90%	100%	Document	Enquête	trimestrielle	DFSP

⁷⁶ (i) Savons antiseptiques, (ii) Désinfectants chirurgicaux pour la peau, (iii) Oxygène, (iv) Curares, (v) anesthésiques IV (Propofol), (vi) Lingerie de salle d'opération, (vii) gels hydroalcooliques, (viii) Aiguilles de ponction lombaire (Rachianesthésie), (ix) compresses stériles, (x) Fils de suture.

⁷⁷ Rapport de situation OCHA-Burkina Faso. 27 Février 2020

5.4. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

✓ L'insécurité

L'insécurité dans certaines zones peut empêcher l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques aux populations concernées. La sécurisation des personnels, de l'infrastructure et des équipements, la sensibilisation et la mobilisation de la population et des acteurs communautaires peuvent atténuer ce risque. La mobilisation, déjà engagée, des acteurs humanitaires qui ont l'expérience de l'action en zones d'insécurité est un recours incontournable dans certaines zones. L'insécurité risque d'amener l'État à réorienter ses priorités et consacrer moins de fonds aux investissements dans les infrastructures. Un solide plaidoyer devra être développé pour le maintien du budget que l'État avait décidé de consacrer à la construction du CHR de la Région Centre-Sud et les CMA de N'Dorola et de Kampti.

✓ L'environnement économique défavorable

La mobilisation des ressources conséquentes pour la mise en œuvre de cette stratégie dépend de la santé des économies nationale et internationale. Un environnement économique défavorable constituera un risque pour l'atteinte des résultats escomptés du programme. Pour minimiser ce risque, une gestion efficiente des ressources sera appliquée.

✓ Les mouvements de revendication sociale du personnel

Le secteur de la santé est régulièrement confronté à des mouvements sociaux avec des arrêts de travail souvent de longue durée. La négociation reste la seule arme efficace pour apaiser le climat social.

✓ La non-adhésion des acteurs

L'atteinte des résultats du programme nécessite la participation d'autres acteurs à la mise en œuvre de la politique du secteur de la santé, notamment, les autres structures et institutions, le secteur privé et les partenaires. Leur non adhésion à la mise en œuvre de la politique peut compromettre l'atteinte des effets escomptés. Des actions de communication, de sensibilisation et d'appropriation seront menées afin de faciliter leur adhésion.

✓ Les épidémies et autres catastrophes naturelles

Les épidémies et autres catastrophes naturelles entraînent souvent une réorientation des priorités. Un plaidoyer actif devra être constamment engagé pour maintenir le focus des acteurs sur le renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité centrés sur la personne et la sécurité du patient.

6. PERSPECTIVES ET CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

Pour s'inscrire dans le mouvement, « *Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies* », lancé par l'OMS, le Burkina Faso vient de se doter d'une stratégie nationale et d'un Plan de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques.

Aux vues de l'enjeu, le gouvernement et les parties prenantes devraient entreprendre des changements importants et opérer un certain nombre de choix pour créer un contexte favorable au succès de cette stratégie.

1. Au premier plan de ces changements, les acteurs sous le leadership du Ministère de la santé devraient inscrire le renforcement de l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques parmi les priorités de santé et consentir les moyens nécessaires.
2. Le renforcement des soins chirurgicaux et anesthésiques porterait principalement sur les axes suivants :
 - Consolider le socle des soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient en assurant la fourniture des paquets de soins définis pour les trois niveaux du système;
 - Opérer résolument la transition vers une situation souhaitable où, dans toutes les FS, les actes majeurs de chirurgie et d'anesthésie, à l'exception de quelques actes explicitement délégués, seraient pratiqués par des médecins spécialistes;
 - Soutenir le lancement de la chirurgie de pointe dans quelques secteurs prioritaires pour réduire les coûts inhérents aux évacuations à l'étranger;
 - Renforcer les disciplines d'appui à la pratique de la chirurgie et de l'anesthésie : Imagerie médicale, le laboratoire biomédical, les traitements d'appui comme la chimiothérapie et la radiothérapie, etc.
 - Renforcer la synergie et la complémentarité par la création de réseaux de soins inter-établissements publics et ou privés.
3. Un saut dans le numérique conduirait à des changements qualitatifs considérables au niveau de l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques :
 - L'installation du Système d'information hospitalier (SIH) dans toutes les FS du pays permettrait d'améliorer la gestion des ressources (humaines et matérielles) et de résoudre le problème récurrent de données fiables pour la planification et l'évaluation.
 - L'utilisation des TIC ouvrirait des perspectives intéressantes sur la télémedecine, le téléenseignement, la documentation numérique, etc.
 - L'inventaire numérique des stocks de médicaments et des consommables, des infrastructures, des équipements et du matériels permettrait au moins d'avoir un diagnostic correct de la situation en temps et de prendre les mesures correctrices dans les délais.

4. L'initiative d'un dialogue formel entre le Ministère de la santé et

- **L'Autorité des Marchés publiques** pour obtenir les aménagements nécessaires de la réglementation qui permettraient d'acquérir des équipements et matériels plus harmonisés et mieux adaptés aux conditions locales (climatiques, aléas de l'alimentation électrique, maintenance faible). Ce serait aussi l'occasion d'analyser l'opportunité de stratégies innovantes d'acquisition et de gestion d'équipements et de matériel médico-technique comme le leasing, la mutualisation, etc.
- **Les établissements de formation des personnels de santé**, et notamment avec le Doyen de l'UFR/SDS et le DG/ENSP pour la formation des spécialistes, le renforcement de la capacité des CHU et CHUR, les stages en milieu rural des médecins en cours de spécialisation et des étudiants en médecine et sciences infirmières et l'inscription de la formation des médecins généralistes à la chirurgie essentielle dans un parcours académique comme élément de motivation.
- **Les Sociétés savantes** dont le savoir-faire est atout pour assurer la veille technique et scientifique sur la pratique chirurgicale et anesthésique, donner des conseils judicieux sur le choix des équipements et matériels les plus efficaces, etc.
- **Le secteur privé** pour discuter des initiatives de fabrication sur place d'intrants de forte consommation, de la participation à la fourniture aux soins chirurgicaux et anesthésiques notamment de pointe et au développement des mécanismes d'assurances maladie.
- **La société civile** pour son rôle de veille citoyenne sur l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, centrés sur la personne et la sécurité des patients.

5. La gestion du personnel, pour être efficace, devrait s'appuyer sur la restauration de valeurs traditionnelles comme le respect de la hiérarchie, la discipline et l'application effective des sanctions. En outre, les questions de la motivation des professionnels et de l'exercice dans le secteur privé par les fonctionnaires temps plein de l'État devraient être abordées avec toute la perspicacité et le réalisme nécessaires.

La stratégie et le plan de renforcement de l'offre des soins chirurgicaux et anesthésiques, soutenue par toutes les parties prenantes et par les mesures d'accompagnement nécessaires, permettra au Burkina Faso d'entrer dans le mouvement mondial qui fixe quatre cibles principales à l'horizon 2030 pour chaque pays : (i) Cent % de protection contre les dépenses catastrophiques liées aux paiements à la charge des bénéficiaires pour des soins de chirurgie et d'anesthésie, (ii) 20 médecins en chirurgie, anesthésie ou obstétrique pour 100 000 personnes, (iii) une couverture minimale de 80% des services essentiels de chirurgie et d'anesthésie par le pays et (iv) 5000 interventions par 100 000 habitants d'ici 2030.

7. ANNEXES :

- TDR
- CHRONOGRAMME DES ACTIVITES
- PERSONNES RESSOURCES RENCONTREES
- LISTE DES PARTICIPANTS AUX REUNIONS DES PRODUITS
- BIBLIOGRAPHIE



Termes de Référence (TdR)

Recrutement d'une expertise pour l'élaboration de la stratégie nationale de renforcement de l'offre de soins chirurgicaux au Burkina Faso

Nom de la structure bénéficiaire de la mission : DQSS et DFSP

Référence	S313/ECT/2019/06	
Date de transmission	10/01/2020	
Produit Direct de l'AT	Produit direct AT.1 : Un appui technique est fourni pour renforcer l'accès et la qualité des soins ; pour cette expertise, il s'agira d'un accès en chirurgie essentielle de qualité	
Mesure de mise en œuvre du PNDS	Mesure 1 : Renforcer la couverture en soins chirurgicaux d'urgence au premier niveau de soin de santé en vue de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle : Elaboration du plan stratégique de renforcement en chirurgie : paquets de soins chirurgicaux et traumatologiques	
Catégorie d'expertise	❖ Un (1) expert senior ❖ Deux (2) experts juniors	
Expert Principal en charge	EP 2 Expert senior en santé publique : Dr. Cheick Tdjidane Ouedraogo	
Intitulé de la Mission	Elaboration d'une stratégie nationale de renforcement de l'offre de soins en chirurgie et en traumatologie	
Nb h/j travaillés	56 homme-jours	
Période souhaitée	03/02/2020	04/03/2020
Base de la mission	Ouagadougou	
Mission hors base	N/A	

Termes de Référence (TdR)

Expertise senior et junior de court terme

Titre de l'expertise

Nom du projet	Assistance Technique et gestion du financement de l'appui institutionnel du PAPS2, Burkina Faso EuropAid/138589/IH/SER/BF
Numéro de contrat	Contrat N° FED/2017/394-510-2019/410-712
N° de référence de la mission	S313/ECT/2019/06
Intitulé de la mission	Elaboration d'une stratégie nationale de l'offre des soins en chirurgie
Contexte et justification	La couverture sanitaire universelle impose l'accessibilité aux soins de qualité à toute la population selon leurs besoins. Dans les pays à faible revenu, l'OMS estime que moins de 10% des interventions chirurgicales indispensables pour sauver des vies et prévenir des handicaps sont actuellement réalisées et quatre personnes sur cinq risquent une catastrophe financière en cas de recours indispensable à la chirurgie. Pour adresser ce problème, l'assemblée mondiale de la santé à travers la résolution 68.15 de 2015 a invité les Etats membres à développer des stratégies de promotion d'une chirurgie de qualité et sécurisée pour tous. Au Burkina Faso, en 2017, plus de 50.000 actes de chirurgie ont été réalisés dans les établissements de santé publics, dont 24.692 actes au premier niveau de soins et 31.682 actes au deuxième et troisième niveau de soins. Cependant, les besoins de la population en chirurgie générale et en spécialités chirurgicales restent peu couverts et la qualité des prestations est en deçà des attentes. En effet, de l'analyse de la situation des prestations de chirurgie conduite par le Ministère de la santé en 2018, les insuffisances concernent aussi bien la faible disponibilité des services à tous les niveaux du système, la faible accessibilité surtout géographique et financière des populations, l'insuffisance et l'inadéquation des ressources humaines, des locaux et des équipements, la faible organisation des activités et les interactions des acteurs de prestations de chirurgie et la faible qualité et sécurité des prestations. Afin de remédier aux difficultés constatées et d'améliorer significativement l'offre de soins en chirurgie, le ministère de la santé a inscrit le renforcement de l'offre de soins chirurgicaux comme une priorité du budget programme offre de soins. Dans cette dynamique, l'élaboration d'une stratégie nationale permettra de décliner les orientations stratégiques pour renforcer l'offre de soins et améliorer la qualité des prestations de chirurgie et proposer un plan d'action pour opérationnaliser les orientations.
Objectif de la mission	Rendre disponible une stratégie nationale de renforcement de l'offre des soins en chirurgie et le plan d'action de mise en œuvre de la stratégie
Objectifs spécifiques	- OS1 : Elaborer une stratégie nationale de renforcement de l'offre des soins en chirurgie 2020-2024 - OS2 : Rédiger un plan opérationnel budgétisé de la stratégie
Résultats attendus et livrables	○ R1 : la stratégie nationale de renforcement de l'offre des soins en chirurgie 2020-2024 est disponible ○ R2 : Le plan opérationnel budgétisé de mise en œuvre de la stratégie est disponible
Tâches assignées aux consultants	En étroite collaboration avec les membres du comité technique de suivi qui sera mis en place par le Ministère de la santé, les experts réaliseront les tâches suivantes : • Faire une revue de la littérature ; • Proposer une méthodologie détaillée à faire valider par le comité technique de suivi en début de mission ;

	• Mener des entretiens avec les parties prenantes clés de l'univers chirurgical et les structures de formations et visites de terrain ciblées pour les observations ; • Compléter l'analyse de la situation de l'offre des soins en chirurgie en vue d'aboutir à une analyse globale de l'offre de chirurgie ; • Identifier et formuler les problèmes prioritaires à résoudre en matière d'offre de soins en chirurgie ; • Dégager des axes stratégiques de renforcement de l'offre globale de soins chirurgicaux ; • Préparer et présenter la synthèse des analyses et axes stratégiques devant le comité technique et l'équipe fonctionnelle 1 (EF 1) en vue de la validation ; • Elaborer un plan opérationnel, procédures et outils de mise en œuvre ; • Elaborer un budget de mise en œuvre de la stratégie ; • Présenter le plan opérationnel pour validation ; • Rédiger un rapport de mission.																																				
Approche méthodologique	Les experts présenteront leur méthodologie détaillée pour validation au début de la mission. Tout au long de la mission, les consultants travailleront avec un groupe technique de suivi qui sera désigné par le Ministère de la santé. Les productions seront validées par l'équipe fonctionnelle 1 élargie aux PTF																																				
Date de remise des livrables	Rapport provisoire le 28/02/2020 Rapport final le 13/03/2020																																				
Modalités de remise des livrables	- Le rapport de mission incluant le plan stratégique et le plan opérationnel de mise en œuvre sera remis par voie électronique (email et clé USB) par Conseil Santé au chargé de projet PAPS2, aux services de l'ordonnateur national et au chargé de programme santé de la DUE. - La version finale sera remise en 5 exemplaires au chargé de projet PAPS2.																																				
Calendrier estimatif de la mission de l'expert	<table><tr><th colspan="3">Chronogramme de la mission d'expertise</th></tr><tr><th>Tâches</th><th>Durée</th><th>Responsable</th></tr><tr><td>Préparation de la rencontre de cadrage et validation de la méthodologie</td><td>1j</td><td>Expert 1, 2 et 3</td></tr><tr><td>Compléter l'état des lieux</td><td>5 h-j</td><td>Expert 1 et 2</td></tr><tr><td>Réaliser les premières esquisses budgétaires sur base du rapport d'état des lieux</td><td>4h /J</td><td>Expert 3</td></tr><tr><td>Dégager les axes stratégiques</td><td>5 h-j</td><td>Expert 1 et 2</td></tr><tr><td>Présenter la synthèse des analyses et axes stratégiques pour validation aux membres du comité, à l'EF1 et aux PTF</td><td>1h/J</td><td>Expert 1, 2 et 3</td></tr><tr><td>Élaborer un plan opérationnel et des procédures de mise en œuvre y compris le budget de la stratégie</td><td>4 h-j</td><td>Expert 1, 2 et 3</td></tr><tr><td>Présentation du plan opérationnel à un atelier de l'EF1 et aux PTF</td><td>1 h-j</td><td>Expert 1, 2 et 3</td></tr><tr><td>Rédaction rapport préliminaire avec prise en compte des recommandations</td><td>2 h-j</td><td>Expert 1, 2 et 3</td></tr><tr><td>Présentation du rapport préliminaire à l'EF1 et aux PTF pour validation</td><td>1h/J</td><td>Expert 1, 2 et 3</td></tr><tr><td>Rédaction du rapport de mission (version préliminaire et finale) à domicile</td><td>2h-j</td><td>Expert 1</td></tr></table>	Chronogramme de la mission d'expertise			Tâches	Durée	Responsable	Préparation de la rencontre de cadrage et validation de la méthodologie	1j	Expert 1, 2 et 3	Compléter l'état des lieux	5 h-j	Expert 1 et 2	Réaliser les premières esquisses budgétaires sur base du rapport d'état des lieux	4h /J	Expert 3	Dégager les axes stratégiques	5 h-j	Expert 1 et 2	Présenter la synthèse des analyses et axes stratégiques pour validation aux membres du comité, à l'EF1 et aux PTF	1h/J	Expert 1, 2 et 3	Élaborer un plan opérationnel et des procédures de mise en œuvre y compris le budget de la stratégie	4 h-j	Expert 1, 2 et 3	Présentation du plan opérationnel à un atelier de l'EF1 et aux PTF	1 h-j	Expert 1, 2 et 3	Rédaction rapport préliminaire avec prise en compte des recommandations	2 h-j	Expert 1, 2 et 3	Présentation du rapport préliminaire à l'EF1 et aux PTF pour validation	1h/J	Expert 1, 2 et 3	Rédaction du rapport de mission (version préliminaire et finale) à domicile	2h-j	Expert 1
Chronogramme de la mission d'expertise																																					
Tâches	Durée	Responsable																																			
Préparation de la rencontre de cadrage et validation de la méthodologie	1j	Expert 1, 2 et 3																																			
Compléter l'état des lieux	5 h-j	Expert 1 et 2																																			
Réaliser les premières esquisses budgétaires sur base du rapport d'état des lieux	4h /J	Expert 3																																			
Dégager les axes stratégiques	5 h-j	Expert 1 et 2																																			
Présenter la synthèse des analyses et axes stratégiques pour validation aux membres du comité, à l'EF1 et aux PTF	1h/J	Expert 1, 2 et 3																																			
Élaborer un plan opérationnel et des procédures de mise en œuvre y compris le budget de la stratégie	4 h-j	Expert 1, 2 et 3																																			
Présentation du plan opérationnel à un atelier de l'EF1 et aux PTF	1 h-j	Expert 1, 2 et 3																																			
Rédaction rapport préliminaire avec prise en compte des recommandations	2 h-j	Expert 1, 2 et 3																																			
Présentation du rapport préliminaire à l'EF1 et aux PTF pour validation	1h/J	Expert 1, 2 et 3																																			
Rédaction du rapport de mission (version préliminaire et finale) à domicile	2h-j	Expert 1																																			
Intitulé du (des) poste(s)	• Expert 1 senior : chirurgien 22h/J : pour 20 jours de mission sur le terrain et 2 jours de travail à domicile pour le rapport préliminaire et le rapport final ; • Un expert 2 junior : chirurgien, pour 20h/ j ;																																				

	• Un expert 3 junior : santé publique, planificateur pour 14h/J ;
Profil de Poste	• Expert international n°1 senior : chirurgien(ne) avec une expérience d'au moins 15 ans de mise en œuvre de la chirurgie, une expérience avérée de formation en chirurgie au niveau universitaire et de rédaction de plans stratégiques en chirurgie en Afrique subsaharienne • Expert national n°2 junior : un chirurgien(ne)/traumatologue, avec une expérience d'au moins 05 ans dans la mise en œuvre de la chirurgie, une expérience de mise en œuvre de la chirurgie essentielle de district en qualité de formateur et/ou superviseur d'équipes chirurgicales. Une bonne connaissance du système de santé au Burkina Faso est un atout. • Expert national n°3 junior : spécialiste en santé publique et/ou un en planification et budgétisation des programmes de santé. Une expérience professionnelle d'au moins 5 ans, une bonne connaissance du système de santé du Burkina Faso, expérience en planification axée sur les résultats. Une bonne maîtrise des outils de budgétisation des stratégies est nécessaire. Une bonne connaissance des outils de planification et de budgétisation des programmes de santé au Burkina Faso est un atout.
Date prévisionnelle et durée de la mission	❖ La durée totale de l'expertise est de 56 homme-jours répartis entre les trois consultants. Deux (2) jours de travail à domicile sont prévus pour l'expert senior 1 pour la finalisation du rapport et des livrables. ❖ La date de démarrage de la mission est souhaitée pour le lundi 03 février 2020 et sa fin mercredi 04 mars 2020. ❖ La communication et la visibilité seront assurées par l'AT en collaboration avec la Direction chargée de communication du Ministère de la santé. <u>N.B :</u> - Tous les jours de travail facturables doivent être prestés au Burkina Faso. - Sauf dérogation préalable de l'Union Européenne, les jours de weekend (samedi et dimanche) ainsi que les jours fériés éventuellement travaillés, ne sont pas facturables.
Financement de l'étude	La mission d'expertise sera financée par l'Union européenne à travers le projet d'appui à la politique sectorielle santé (PAPS2) sur la provision d'experts non principaux du contrat "fourniture d'assistance technique et financement de la mise en œuvre du PNDS", mis en œuvre par Conseil Santé. Le PAPS2 assurera la communication et la visibilité de l'appui de l'UE en rapport avec cette mission.
Date d'obtention de l'ANO de la DUE	

CHRONOGRAMME DES ACTIVITÉS. STRATÉGIE ET PLAN RENFORCEMENT DE L’OFFRE DE SOINS CHIRURGICAUX ET ANESTHÉSQUES																																		
		J		J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	
				6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	
1.	Briefing, Organisation, finalisation et validation de la méthodologie	2	EXP 1,2,3																															
2.	Compléter l’état des lieux	4	EXP 1,2,3																															
3.	Réaliser les premières esquisses budgétaires sur base du rapport d’état des lieux	4	EXP 1,2,3																															
4.	Dégager les axes stratégiques	5	EXP 1,2,3																															
5.	Présenter la synthèse des analyses et axes stratégiques pour validation aux membres du comité, à l’EF1 et aux PTF	1	EXP 1,2,3																															
6.	Élaborer un plan opérationnel et des procédures de mise en œuvre y compris le budget de la stratégie	4	EXP 1,2,3																															
7.	Présentation du plan opérationnel à un atelier de l’EF1 et aux PTF	1	EXP 1,2,3																															
8.	Rédaction rapport préliminaire avec prise en compte des recommandations	2	EXP 1,2,3																															
9.	Présentation du rapport préliminaire à l’EF1 et aux PTF pour validation	1	EXP 1,2,3																															
10.	Rédaction du rapport de mission (version préliminaire et finale) à domicile	2	EXP 1,2,3																															

PERSONNES RESSOURCES RENCONTRÉES

N°	NOM ET PRÉNOMS	STRUCTURE	QUALIFICATION
1.	Dr Sankara Salif	DGOS	Directeur
2.	Dr Nombre Seydou	DSFP	Directeur
3.	Dr Nana Félicité	DQSS	Directrice
4.	Pr Sanou Adama	UFR SDS	Doyen
5.	Dr Sanou Georgette	DSFP	Chargés Chir Essentielle
6.	Dr Lompo François	DSFP	
7.	M Siguiré Salif	DRH de la Santé	Directeur
8.	Pr Korsaga	DPRH de la santé Pr	Directrice
9.	Mr Ouattara Aly	AT Santé en Anesthésie- réanimation	Secrétaire général Adjoint
10.	Mr Zerbo Yacouba	AT Santé en Anesthésie- réanimation	Secrétaire général
11.	Mr Nana Ousmane	Attachés de Santé en Chirurgie	S G Association des AT
12.	Mr Ouédraogo Rasmane	Attachés de Santé en Chirurgie	S G Adjoint des AT
13.	Mr Darga Jovin DIEM	Chef Service Technique	DIEM
14.	Pr DA S. Christophe	SOBUCOT	
15.	Pr Ouédraogo Bertin	SOBORL	
16.	Pr Ouédraogo Dieudonné	SO Maxillo-faciale	
17.	Pr Ouangré Edgar	SOBUCHIR	
18.	Pr Ouédraogo Ali	SOGOBO	
19.	M. Tiendrebeogo Dom.	Directeur Technique	SOGEMAB
20.	Mr Bako Abdoulaye	Chargé de la Clientèle	SOGEMAB
21.	Dr Coulibaly Soumaila	OBQUASS	Président OBQSS
22.	Mr Sawadogo Iliassa	OBQUASS	
23.	Mme Kabore Safiata	OBQUASS	
24.	Dr Hien Maurice	PAPS2	Chef de Mission PAPS
25.	Compaoré	DFSS	Directeur
26.	Pr Bamouni	PROFOS	Coordonnateur
27.	Dr Alzouma	DPPO	Directeur
28.	Mr Kouanda	DGESS	Infrastructures

LISTE DES PARTICIPANTS AUX RÉUNIONS DE VALIDATION DES PRODUITS

N°	NOM ET PRENOMS	QALIFICATION	STRUCTURE	CONTACT TELEPHONIQUE
1.	Dr Ouédraogo Francis	Chir Pédiatre	CHU CDG	76006370 somkieta@yahoo.fr
2.	Ouattara Ally	AT Anesthésie	ASAR	70381428 ouattsone@yaoo.r
3.	Dao Blami	Gynécologue	JHPIEGO	78802444 blami.dao@yahoo.r
4.	Pr Kabre Abel	Neurochirurgien	OBUNG	70415485 kabrel@yahoo.fr
5.	Kondo Oussen	Conseiller Santé	DFSP	70274846 oussenikondo@gmail.com
6.	Bance Boureima	Attaché de Santé	DSP	66999227 bance1795@gmail.com
7.	Bonkougou Ibrahim	AMSS	DFSP	76437750 ibram.bouk@yahoo.fr
8.	Sidibé Lassina	Conseiller Santé	DQSS	77248900 las.dqss@gmail.com
9.	Dr Ali Ouattara	Chef D'équipe	PAPS2	54492512 alouattara@yahoo.fr
10.	Dr Ouédraogo Cheick	Expert SP	PAPS2	70256863 doctorcheicht@yahoo.fr
11.	Dr Drabok Maxime	Chercheur	IRSS ENS	70120133 m_draboho@yahoo.fr
12.	Pr Sankara Pate	Ophtalmologiste	SBO	70280700 patesankara@yahoo.fr
13.	Pr Komboigo B Evelyne	Gynécologue	SOGOB	72056597 evelynekomboigo@yahoo.fr
14.	Dr Yameogo N Celestin	DSPS	DSPS	70246573 yameogo_ncelestin@yahoo
15.	Dr Djigoumde Toe Natacha	Pharmacienne	DGOS	70347895 toenatacha@yahoo.fr
16.	Sawadogo Iliassa	Conseiller de santé	OBQUASS	55518020 s.iliassa@yahoo.fr
17.	Pr Konsem Tarcissus	Stomato Chir	CH UYO Max	71304845 tarcissus@hotmail.com
18.	Pr Ouangre Edar	Chir Viscérale	CHU YO	70706603 ouangredgar@yahoo.fr
19.	Pr Bakyono Emmanuel	ORL Médecin	CHU YO	70271839
20.	Ilboudo Madeleine	IDE ICP	CSPS Dassasgho	70109088
21.	Pr Da Songahir Christophe	Orthopédiste	CHU YO	70266929
22.	Dr Nana Félicité	Médecin	DQSS	72135347
23.	Dr Sankara Salif	Médecin	DGOS	70246226
24.	Dr Karambiri Souleyman	Médecin	DGOS	64608833
25.	Dr Rouamba P Guy Bertrand	Médecin	DQSS	70675754
26.	Dr Barro Salif Hermann	Médecin	DQSS	70243724
27.	Pr Hafing Tiennou	Urologue	CHU T	
28.	Pr Ouédraogo Nazigouniba	Réanimateur	CHU YO	
29.	Dr Bationo			

BIBLIOGRAPHIE

1. Global surgery 2030: Faits et Solutions pour le développement de la santé, du bien-être et de l'économie. Rapport de la Commission de la chirurgie mondiale du Journal The Lancet.
2. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009
3. Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies. OMS 2008
4. Les complications post opératoires précoces des abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO: A propos de 98 cas. Université de Ouagadougou (UFR/SDS). Thèse 2013
5. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009
6. <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
7. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/governancepatientsafety/pages/whatisqualityandpatientsafety.aspx>
8. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies - WHO/IER/PSP/2008.07 Organisation mondiale de la Santé, 2008
9. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. OMS 2017
10. Partenariats africains pour la sécurité des patients. Amélioration de la sécurité des patients -Dossier de préparation des partenariats. OMS/IER/PSP/2012.13© Organisation mondiale de la Santé 2012
11. Le Burkina en chiffre. Institut national de la statistique et démographie (INSD 2008)
12. Annuaire statistique 2017. Ministère de la Santé. Burkina Faso
13. Recensement général de la population et de l'habitat, Burkina Faso, 2006
14. Institut national des statistiques et de la démographie, Burkina, enquête module démographie et santé, 2015
15. Enquête SMART, 2017
16. Plan national multisectoriel de lutte contre le Sida et les IST, Burkina Faso, 2016
17. Plan national de développement sanitaire du Burkina Faso, 2011-2020. Ministère de la santé
18. Stratégie « offre de soins » au Burkina Faso. 2019
19. Stratégie nationale de la qualité des soins et services intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients au Burkina Faso. 2018
20. Annuaire statistique, 2018. Ministère de la Santé. Burkina Faso
21. Plan d'urgence pour la continuité des soins dans les zones à sécurité précaire. MS Burkina Faso. Décembre 2019
22. Mortalité dans l'Unité des urgences traumatologiques du CHU Yalgado Ouédraogo. Université de Ouagadougou (UFR/SDS). Thèse 2008

23. Évaluation de l'offre des soins dans les services de chirurgie et d'anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso. Rapport Ministère de la Santé. Juillet 2019
24. Étude prospective Burkina 2025 : Une vision consensuelle du développement;
25. Étude prospective sectorielle de la santé à l'horizon 2030
26. Politique Sectorielle santé, 2018-2027
27. Plan national de développement économique et social, 2016-2020
28. Plan national de développement sanitaire 2011-2020
29. Directives nationales de la prévention et contrôle des infections et de la sécurité des patients en milieu de soins. 2019
30. Guide de sécurité des patients dans les services de chirurgie, de maternité et néonatalogie au Burkina Faso
31. Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale. OMS 2009
32. Référentiel qualité des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso. 2020
33. Normes et standards en infrastructures et en équipements du Centre de santé et de promotion sociale, du centre médical avec antenne chirurgicale et du Centre hospitalier régional. Ministère de la santé publique du Burkina Faso. 2004
34. National surgical, obstetric and anaesthesia strategic Plan (NSOAP) 2017-2021. Ministry of Health. Zambia