

RAPPORT DE MISSION DES EXPERTS



**MINISTERE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION GENERALE DES ETUDES ET DES
STATISTIQUES SECTORIELLES SANTE**



**Société d'Etudes
et de Recherche
en Santé
Publique ***

EVALUATION DES DIRECTIVES DE PLANIFICATION OPERATIONNELLE

**Dr Abel BICABA
Dr Thomas ZOUNGRANA**

Rapport de mission des experts

Mai 2016

Financement PAPS

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
I CONTEXTE ET JUSTIFICATION	4
3-2 Principaux enjeux et défis du processus national de planification sanitaire	9
3-2-1 Le processus de décentralisation intégrale	9
3-2-2 Le financement basé sur les résultats	10
3-3 Analyse de l'effectivité des directives de planification opérationnelle	11
3-4 Analyse de l'utilisation	12
3-5-1 Pertinence des directives	13
3-5-2 Cohérence des directives	13
3-6 Analyse de l'efficacité et efficience des directives	14
3-6-1 Efficacité des directives	15
3-6-2 Efficience des directives	15
IV SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX CONSTATS	16
4-1 Forces	16
4-2 Faiblesses	16
4-3 Opportunités	17
4-4 Contraintes	17
V VERS UNE NOUVELLE VISION POUR LES DIRECTIVES DE PLANIFICATION	19
5.1 Contexte et justification	19
5.2 Définition des nouvelles directives	20
5.3 Principes	20
5.4 Méthodologie d'élaboration	21
5.5 Contenu du document de directives pour l'élaboration des plans d'action de l'année N ..	21
5.5.1 Présentation des performances de l'année N-2	22
5.5.2 Thèmes émergents et principales réformes	22
5.5.3 Synthèse et justification des priorités nationales, y compris les cibles de l'année	23
5.5.4 Orientations /directives pour l'élaboration des plans de l'année N	24
5.5.4.1 Cadre de référence pour la formulation des orientations stratégiques par structure	
du système de santé	24
5.5.4.2 Orientations pour l'élaboration du plan opérationnel	24
5.5.4.3 Mobilisation des ressources	26
5.6 Calendrier cycle de planification	26
5.7 Processus d'appropriation	27
5.7.3 Mesures d'accompagnement	28
VI RECOMMANDATIONS	28
Mesures d'accompagnement	28
ANNEXES	30
Annexe 1 : Le modèle de cadre des directives spécifiques par niveau du système de santé	30
ANNEXE 2 : Liste des personnes rencontrées	30

REMERCIEMENTS

Le groupe des Experts ATCT voudrait témoigner leur gratitude pour toute l'assistance technique et financière, de la franche collaboration dont il a bénéficié lors de la conduite de cette mission. Leurs remerciements vont particulièrement à :

- Au Directeur Général des Etudes Statistiques et Sectorielles (DGESS) et son équipe, plus particulièrement la DPPO, pour leurs orientations techniques, le suivi quotidien, la mise à la disposition de la documentation et des fichiers fort utiles, et pour le partage de leurs expériences et connaissances pratiques du niveau opérationnel
- Aux membres du Groupe thématique Gouvernance et leadership, en particulier à son président pour avoir accepté organisé l'atelier de consensus qui a permis d'intégrer les préoccupations des décideurs et de conforter les consultants dans leurs différentes options prises ;
- Au Représentant Santé de l'Union Européenne et à l'AT long terme du Projet d'Appui à la Politique Sectorielle de Santé (PAPS), intervention de l'Union européenne en appui au Gouvernement du Burkina Faso dans la mise en œuvre du PNDS, pour leur disponibilité, leur accompagnement technique, et pour le financement de cette étude et des ateliers de conception des directives,
- Enfin nos remerciements vont à l'endroit des personnes interviewées lors des enquêtes et à celles ayant contribué lors des différents ateliers organisés pour la validation des rapports et la conception des directives de planification opérationnelle

Nous espérons que les résultats de cette évaluation et ces directives, utilisés permettront d'améliorer et de renforcer la planification axée sur les résultats et la performance du système de santé à tous les niveaux.

I CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les plans d'action annuels sont régulièrement élaborés par les structures contribuant à la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire à tous les niveaux du système de santé. Afin de faciliter et d'harmoniser ce processus national de planification, un guide national de planification opérationnelle et un document cadre et de directives de planification (CaDP) sont annuellement conçus suivant un processus participatif, et ce depuis 2002. Ces documents constituent l'ensemble des directives de planification opérationnelle.

Après plus d'une décennie d'utilisation des cadres et directives, au regard des insuffisances signalées, des thématiques émergentes telles la planification axée sur les résultats, le financement basé sur les performances, la décentralisation avec le transfert des compétences aux collectivités et l'assurance maladie universelle, une évaluation de ces documents de directives s'imposait aux décideurs.

Cette évaluation a pour but d'améliorer la planification opérationnelle au sein du Ministère de la santé en mettant à la disposition des structures du Ministère de la santé, des directives de planification opérationnelle axées sur les résultats au regard d'un cycle de planification cohérent prenant en compte les réformes en cours dans le secteur de la santé.

Cette mission d'une part a bénéficié de l'assistance technique et d'autre part a été entièrement financier par le Projet d'Appui à la Politique Sectorielle de Santé (PAPS) qui est une intervention de l'Union européenne en appui au Gouvernement du Burkina Faso dans la mise en œuvre du PNDS.

En rappel, le PAPS vise à l'accélération de l'atteinte des OMD liés à la santé (OMD 4, 5 et 1c), plus spécifiquement à une réduction significative de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile, à une augmentation de l'espérance de vie à la naissance et à un meilleur bien-être des populations. Ce Le projet s'inscrit dans la Politique Nationale de Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020 et a deux composantes: un appui budgétaire sectoriel (ABS) et un appui institutionnel qui visent à appuyer la mise en œuvre du PNDS et l'atteinte de ses objectifs. La composante Appui institutionnel vise spécifiquement le renforcement d'un ensemble de fonctions clés du Ministère de la Santé liées à

l'utilisation des ressources humaines et financières, à la fourniture de prestations de qualité et à l'approche sectorielle, au cadre de dialogue et à la gouvernance.

Les quatre résultats escomptés de l'ABS sont :

- L'accélération de l'atteinte des OMD 4 et 5 à travers une réduction significative de la mortalité maternelle et infanto-juvénile par rapport à leurs niveaux de base, ceci en relation avec l'orientation stratégique no 4 du PNDS.
- Le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé, en relation avec l'orientation stratégique no 1 du PNDS.
- La programmation et l'utilisation de manière rationnelle et efficace des ressources humaines et financières, en relation avec les orientations stratégiques no 3 et 8 du PNDS.
- Les services de santé sont plus performants et offrent des prestations de santé de meilleure qualité à toute la population, aux différents niveaux du système de santé, y compris le niveau communautaire, cela en relation avec l'orientation stratégique no 2 du PNDS.

De manière spécifique, la composante Appui institutionnel du PAPS, en complément et en synergie avec la composante Appui budgétaire sectoriel, poursuit les cinq objectifs suivants:

1. Appuyer la mise en œuvre progressive de la stratégie nationale des ressources humaines.
2. Appuyer l'allocation et l'utilisation rationnelles des ressources financières.
3. Renforcer la qualité des services à travers l'inspection technique et le dialogue prestataires/ utilisateurs.
4. Appuyer la disponibilité et l'accessibilité en temps voulu, de l'information sanitaire de qualité pour la planification basée sur les résultats.
5. Renforcer la gouvernance dans le secteur de la santé, y compris le partenariat et le dialogue sectoriel.

Plusieurs résultats attendus découlant de ces objectifs ont été définis.

Pour la réalisation de ces résultats, plusieurs activités ont été retenues (Cf. Devis programme N°1 pour les détails).

C'est pour répondre à ces besoins que les présents termes de référence (TDR) sont élaborés pour le recrutement de deux (2) Assistants court terme (ATCT) en vue d'appuyer la Direction de la prospective et de la planification opérationnelle (DPPO) et la DGESS à conduire cette évaluation des directives de planification.

Au titre des difficultés rencontrées on note :

- Beaucoup d'interventions en cours ou imminentes avec des interférences sur les directives (le PNDS révisé 2016-2020, les PSDS et PSDR, le budget programme), a conduit à des choix transitoires et également posent la question de l'adéquation de la période pour réaliser cette évaluation et réviser les guides ;
- L'absence de consensus ou la non prise de décisions au niveau national sur certaines options stratégiques ayant des liens très étroits avec les directives : cycle de planification et/ou l'année pour effort le bilan et l'analyse des performances
- Le niveau de représentativité des acteurs aussi bien pendant la collecte des données qu'au moment des ateliers a influencé sur la qualité des informations collectées et la production lors des ateliers ;
- L'absence d'un document d'orientation stratégique et de détermination des priorités pour le ministère
- L'absence de modèles de guide provenant d'autres pays partageant les mêmes contextes et réalités sanitaires ;
- Le manque d'information sur le volume de ressources financières qui sera alloué à la mise en œuvre du PNDS en 2017 a joué sur certaines propositions et leur portée.

II DEMARCHE METHODOLOGIQUE ET DIFFICULTES

Les deux ACT se sont organisés pour couvrir toutes les activités devant concourir à l'obtention des résultats attendus par cette évaluation.

Dans un premier ils ont eu une réunion de cadrage de la mission et une rencontre exploratoire afin de s'accorder sur les TdR, la démarche méthodologique et les

instruments appropriés pour la collecte des données auprès des structures et personnes retenues.

Rappelons pour cette étude évaluative s'est déroulée au niveau central et dans cinq régions choisies de manière raisonnée. Les structures au niveau central ont été retenues sur la base de leur implication dans la conception des directives ou dans le processus de planification opérationnelle, de l'expérience avérée dans l'utilisation de directives ou de difficultés particulières relevées dans le cadre de la planification. En outre des premiers responsables, les personnes chargées de la Planification, des services administratifs et financiers ont également été interviewées.

Les critères retenus pour le choix des régions et des districts ont été la taille de la région, la localisation géographique pour couvrir l'ensemble du territoire, l'existence ou non d'un hôpital régional. C'est ainsi que la région des Hauts Bassins, du Centre Nord, du Centre Sud, du Sahel et de la Boucle du Mouhoun ont été retenus. Par ailleurs en vue d'apprécier la planification au niveau des autres secteurs de l'administration, les directeurs régionaux du Ministère de l'Economie et de la Planification, des Hauts Commissaires président des Conseil de santé du district, quelques Présidents de délégation spéciale, des secrétaires généraux de collectivités territoriales ont été interviewés. En vue de rationaliser les ressources, des efforts ont été consentis pour prendre en compte toutes les entités concernées dans la région ou province ou commune visitées.

Au regard du caractère très qualitatif de cette évaluation et des besoins d'une appropriation des résultats, la démarche a été essentiellement participative en plusieurs étapes. Après la revue documentaire, des guides élaborés ont servis pour conduire les entretiens. Ces outils ont été conçus en fonction de la cible et comportent entre autres les éléments d'appréciation du processus de conception des directives, de sa cohérence interne et externe, de ses principes et son utilisation, sa pertinence, son efficacité, son effectivité et de son efficience. En outre, la perception des interviewés sur certains thèmes émergents ont été intégrés dans le support et un outil auto administré a permis de s'enquérir du niveau de connaissance des documents de directives de planification.

Les limites et difficultés qui ont été rencontrées sont celles récurrentes liées à la non disponibilité des acteurs. Une autre limite a été imputable au contexte national qui connaît de nombreuses mutations avec de grandes décisions en cours avec beaucoup d'inconnus telle la gratuité, l'adoption du document de Programme National de Développement Social et économique, l'injonction faite d'élaborer un budget programme au niveau du Ministère de la Santé, etc.

Ce contexte particulier a limité la portée de certains jugements formulés dans le cadre de la présente évaluation. Par ailleurs, l'insuffisance de consensus sur des questions conceptuelles de la planification a limité les choix stratégiques et suscité beaucoup de dissonances. Par exemple quelle échéance pour les plans de développement sanitaire du district, quel cycle pour la planification opérationnelle autrement quelle période à considérer pour le bilan et le démarrage du processus de planification, etc.

III PRINCIPAUX CONSTATS

3-1 Contexte de la planification sanitaire nationale

Le processus de planification sanitaire se fait dans un contexte marqué par l'avènement de nouvelles autorités politiques et de nouvelles perspectives nationales de développement constituées par les principales mesures annoncées. Il s'agit de :

- la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes,
- le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES) ainsi que la mise en œuvre du Programme présidentiel et bientôt le lancement de la mise en œuvre des Objectifs pour le Développement Durable (ODD) pour 2030 au nombre de 17 dont l'objectif 3 est spécifique à la santé ;
- enfin, l'adoption du processus d'élaboration du budget programme dès 2017 par le MS. En effet, le budget programme contribuera à renforcer le principe de la planification sanitaire axée sur les résultats en cours au sein du département. Le PNDS et les PDSD serviront de base pour déterminer et alimenter le budget programme.

3-2 Principaux enjeux et défis du processus national de planification sanitaire

Le processus de planification rencontre de nombreux défis qui sont entre autres le processus de décentralisation intégrale, des initiatives sur le financement basé sur la performance (FBR) et de l'ensemble des mesures visant à renforcer l'amélioration de la demande de soins et services à travers les mesures de gratuité et l'assurance-maladie universelle.

3-2-1 Le processus de décentralisation intégrale

Le processus de décentralisation dite « intégrale » s'est renforcé de manière continue avec l'adoption des textes de lois et leurs textes d'application. Dans le domaine de la santé, plusieurs décrets interministériels consacrent le transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes. Le transfert de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales concerne au niveau de la santé¹

1. la construction et la gestion des formations sanitaires de base ;
2. l'organisation de l'approvisionnement pharmaceutique et la prise de mesures relatives à la prévention des maladies ;
3. la prise de mesures d'hygiène et de salubrité dans leur ressort territorial ;
4. le contrôle de l'application des règlements sanitaires ;
5. la participation à la résolution des problèmes de santé ;
6. la participation à l'établissement de la tranche communale de la carte sanitaire nationale.

Les régions et les communes deviennent alors des acteurs majeurs dans l'amélioration de la santé des populations et devraient constituer une opportunité pour le développement du système de santé.

Alors, la question de la synergie entre le processus de planification sanitaire et celui au niveau des collectivités se pose comme une évidence en raison de la nécessité d'assurer une prise en compte harmonisée des problèmes de santé des populations tout en utilisant de manière plus rationnelle les ressources disponibles notamment financières.

Le schéma ci-dessous illustre les interrogations qu'il conviendrait de lever afin d'assurer cette harmonie dans la gestion des problèmes de santé des populations

¹Décret N° 2014-934/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPTSS du 10 octobre 2014. JO N°42 de 2014

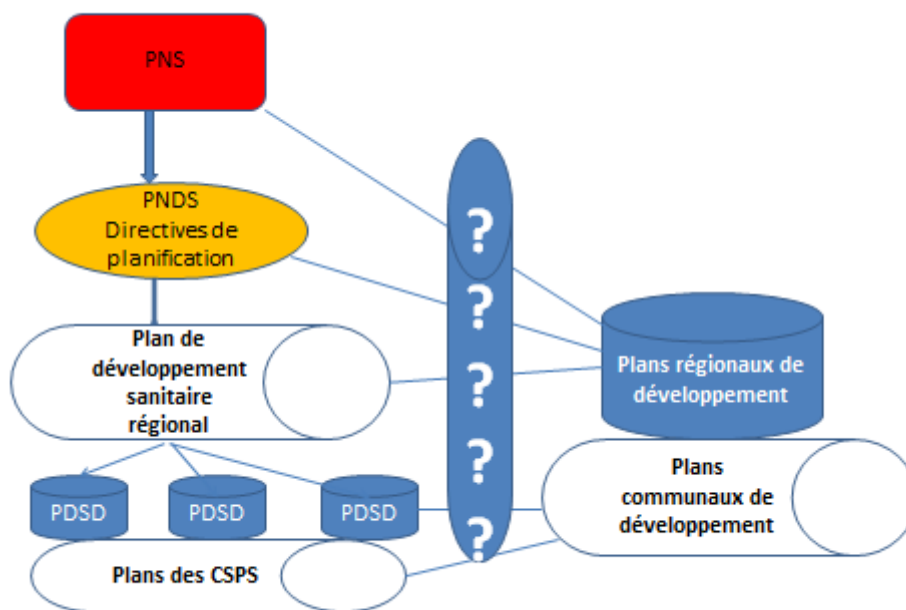


Schéma 1 : Liens potentiels entre le processus de planification sanitaire et celui au niveau des collectivités locales

Les défis apparaissent importants en matière de renforcement de la synergie de planification entre le système de santé et les collectivités :

- vaincre les réticences exprimées par le personnel de santé.
- disposer d'un cadre et de mécanismes cohérents de planification au niveau régional et communal.

3-2-2 Le financement basé sur les résultats

La mise en œuvre du financement basé sur les résultats connaît une extension progressive et touche actuellement 15 districts sanitaires, mais malheureusement se fait de manière relativement peu intégrée dans le processus traditionnel de développement du système de santé de district. Ainsi par exemple, des directives spécifiques n'existent pas pour les districts sous FBR et qui en principe devraient répondre à des niveaux d'exigences plus élevés en termes de performances aussi bien au plan qualitatif que quantitatif. Le Plan d'Action de Performance est considéré par certains comme un outil en dehors du plan qui est traditionnellement élaboré par les CSDS créant ainsi une approche sélective aussi bien dans la gestion des

ressources financières que dans la résolution des problèmes de santé des populations.

La mise en œuvre du FBR pose plusieurs défis en matière de planification :

- le respect d'une logique de planification basée sur les résultats et non pour des activités comme cela est classiquement observé².
- l'harmonisation des différents flux financiers pour la mise en œuvre des plans d'actions aussi bien des districts que des CSPS. Cette harmonisation devrait se faire dans le sens de la complémentarité afin de créer plus de potentiel de financement des plans d'actions

3-3 Analyse de l'effectivité des directives de planification opérationnelle

Le développement de cette section s'est basé sur les points ci-dessous qui attestent de l'effectivité et du degré de prise en compte des guides et directives dans la planification opérationnelle. Il s'agit de :

- Raison d'être des directives et du processus de conception est la recherche de l'harmonisation et l'efficacité de la mise en œuvre et du suivi du Plan National de Développement Sanitaire à tous les niveaux du système de santé. Les documents de directives, bien qu'utiles, enregistrent des niveaux forts différents de connaissance et d'utilisation par les acteurs. Par ailleurs on constate des redondances et des doublons dans les contenus, signent que l'on peut en réduire le nombre, en faisant des efforts dans la rédaction et la concision.
- Les liens qui existent entre les directives et les documents d'orientation et d'aide à la planification (PNS, PNDS, Plan triennal, Guide national IGR, etc.) sont à deux niveaux : objectif et contenu. En termes d'objectifs les guides et directives sont des outils qui permettent aux acteurs du système de santé de concevoir des plans annuels pertinents et adéquats pour l'opérationnalisation des plans stratégiques que sont la PNS et le PNDS et en termes de contenu, les directives s'inspirent des axes stratégiques et des objectifs des plans stratégiques particulièrement ceux du PNDS. Les Interventions à Gain Rapide ont été reprises dans le document programmatique qu'est le PNDS et constituent un des piliers majeurs des

² MS : EVALUATION DU PROCESSUS DE PLANIFICATION OPERATIONELLE AU SEIN DU MINISTERE DE LA SANTE Composante alignement du cycle de planification, rapport final, Aout 2014

directives. En conclusion, il existe un étroit lien entre les directives et les plans stratégiques étant donné que ce sont des outils qui orientent et guident les acteurs dans la déclinaison annuelle des plans stratégiques

- Durant la conception des directives, le processus a été participatif et a impliqué les acteurs à tous les niveaux notamment les directions centrales et les responsables des programmes nationaux. Au-delà de ces acteurs du niveau central, il y a eu un mécanisme qui a permis pour la finalisation des directives, la participation des acteurs et les organes de décision (CTRS, CSD) du niveau décentralisé et des partenaires techniques et financiers. On note toutefois que cette dynamique de participation a répondu plus à des logiques de respect des procédures administratives qu'à une réelle implication des acteurs
- La qualité a été observée sous le prisme de la forme (format, rédaction et présentation) et du fonds, (contenu technique, compréhension et utilité des termes utilisés). A cet effet, les constats sont mitigés. La plupart des personnes rencontrées ont témoigné que les directives étaient utiles et facilitaient l'élaboration des plans d'action. Elles permettent de s'assurer que les instructions sont suivies et de concevoir des plans comparables par niveau.

3-4 Analyse de l'utilisation

Aux différents niveaux (DC, DRS, CHR et DS), les procédures d'utilisation décrites sont identiques en termes de connaissance, de disponibilité et de stratégie d'appropriation.

- Sur le plan de la connaissance, sur 59 personnes ayant rempli le questionnaire, 90% utilise les directives lors de la planification et 89,4% connaissent les directives de planification. Toutefois, la compréhension profonde des directives est parfois controversée, amenant les équipes région à se référer au niveau central. Cela est certainement la conséquence d'une part de l'absence d'un mécanisme de recyclage des acteurs sur les nouveaux guides, d'un système actif d'appropriation et de diffusion des directives et enfin du manque d'un guide d'utilisation de ces directives et d'autre part de la multitude des documents qui ont des contenus qui se chevauchent, complique l'apprentissage et la maîtrise par les utilisateurs sur le terrain.

- En matière de disponibilité, les stratégies d'appropriation et d'utilisation la première phase est la diffusion des directives suivie des séances de discussion en équipes afin de s'assurer de la prise en compte dans les PA des directives.

3-5 Analyse de la pertinence et de la cohérence

L'analyse de la pertinence et de la cohérence renvoient aux principales questions suivantes :

- Y a-t-il concordance entre les différents outils de planification disponibles et les directives concourant à la réalisation des objectifs du Ministère à travers le PNDS 2011-2020?
- Existe-t-il une complémentarité entre les différentes parties prenantes à la planification opérationnelle ?

3-5-1 Pertinence des directives

De manière générale, aussi bien au niveau central que dans les directions régionales de la santé (DRS) et dans les districts sanitaires (DS), il y a une certaine unanimité de point de vue sur le caractère pertinent des cadres et directives de planification. Parmi les 59 membres des équipes cadres de district et des DRS auxquels un questionnaire a été administré, 76% trouvent que les directives sont pertinentes

Au-delà de cette appréciation des directives, certains acteurs relèvent que l'utilisation des directives induit certains comportements qui ne favorisent pas une planification de qualité. Aux nombre de ces comportements, on peut retenir :

- La tendance au mimétisme dans le processus de planification. *« Les gens s'appellent d'un district à l'autre ou d'une région à l'autre pour se demander : "Est-ce que vous avez prévu telle ou telle activité ? Si vous ne l'avez pas fait, il faut la prévoir parce qu'elle va être financée." »* Dans ce contexte, le processus de planification est biaisé car on a tendance à harmoniser les priorités au lieu de s'appesantir sur les données de l'analyse de situation.
- La tendance à ne considérer que les interventions à gain rapide (IGR) dans le planning opérationnel. Cette dimension est jugée très restrictive parce qu'elle amène certains acteurs à élaguer certaines activités pertinentes, en occurrence les activités de gestion administrative.

3-5-2 Cohérence des directives

Dans le panorama de la planification sanitaire, la notion de directive renferme dans la pratique, trois principaux outils qui sont les cadres et directives de planification, le guide d'élaboration des plans d'action et le guide national pour les interventions à gain rapide. Deux constats témoignent de la faible cohérence des directives :

- (i) La diffusion systématique et régulière de ces trois documents crée des doublons notamment entre le guide IGR et le contenu des directives spécifiques notamment au niveau opérationnel.
- (ii) Le guide d'élaboration des plans d'action donne un certain nombre d'orientations pertinentes fondées sur l'analyse de situation et l'identification des problèmes prioritaires par niveaux d'action. Tels que formulés, les directives spécifiques constituent un formatage par orientation stratégique du PNDS avec une déclinaison des directives (activités) par axe d'intervention et les indicateurs de l'année. La question qui se pose alors est de savoir quel lien le niveau opérationnel peut-il faire entre les directives spécifiques et les spécificités issues de son analyse de situation ? Cette situation est traduite par les acteurs de terrain en termes de 1) faible flexibilité accordée par les directives 2) frustration de ne pas pouvoir prendre en compte des problèmes spécifiques soit par manque de financement, ou parce que ne constituent pas une priorité définies dans les directives ou par des partenaires techniques et financiers. 3) Décalage parfois entre l'analyse de situation réalisée et les interventions finales retenues dans le plan d'action. Ce décalage qu'il y a entre les directives de planification et les résultats obtenus dans l'analyse de situation justifie que dans certaines régions sanitaires, des directives régionales soient élaborées afin de prendre en compte les spécificités locales.

On note cependant une bonne cohérence en ce qui concerne les directives et les processus de financement des plans d'action. En effet, lorsqu'on examine les plans d'actions des districts sanitaires, on note que pour l'essentiel, les activités qui sont retenues sont celles dont le financement est assuré via le circuit classique (BE, PADS, PTF traditionnel du district). L'orientation précise de ces financements est en cohérence avec les directives mais pas nécessairement avec les produits obtenus dans les analyses de situation au niveau local. Cet écart engendre une grande frustration, car il donne l'impression d'un effort inutile. *« Dites seulement les activités qui vont être financées et nous vous soumettrons un document adapté en conséquence au lieu de nous laisser faire sous pression un document inutile, disait un responsable ».*

On peut conclure en disant que les directives sont pertinentes dans le principe (harmonisation des processus de planification et des visions) mais elles sont peu pertinentes car elles restent fondées dans la logique des financements acquis excluant certaines activités pertinentes issues des analyses de situation au niveau local.

L'orientation des directives sur les activités dont les financements sont largement acquis est justifiée par de nombreux acteurs à tous les niveaux par la notion de fonds « ciblés ». On peut cependant s'interroger sur la compréhension exacte de la notion de fonds « ciblés ». En effet, s'il est vrai que certains fonds sont véritablement ciblés³, de nombreux autres fonds ne sont pas ciblés⁴ et devraient pouvoir être utilisés moyennant une justification technique de la part du MS auprès des partenaires financiers

3-6 Analyse de l'efficacité et efficience des directives

³ Exemple des fonds destinés à l'achat de moustiquaires imprégnées

⁴ Exemple : Recherche de perdus de vue (une telle activité devrait pouvoir financer plusieurs tâches qui la composent.

L'analyse de l'efficacité des directives ainsi que leur efficience est rendue difficile par le fait qu'au niveau conceptuel, il n'existe pas un guide de mise en œuvre de ces directives avec des indicateurs de suivi

3-6-1 Efficacité des directives

La notion d'efficacité est analysée en termes de capacité des directives à harmoniser le processus de planification, faciliter l'atteinte des objectifs que le MS se fixe pour l'année

De l'appréciation des acteurs de terrain on peut retenir que l'exploitation du guide auto administré rempli par 59 personnes montre que 71.11% des répondants trouve que le processus est efficace, 72.88% ont participé à l'élaboration du PA en cours d'exécution et 94.91% dispose de PA de l'année en cours de leur structure.

L'efficacité est jugée satisfaisante en ce sens que l'alignement des PA avec les directives est devenu systématique et routinier. De manière générale, le chronogramme est jugé efficace et s'est amélioré au fil du temps permettant aux districts de disposer de PA validés au cours du premier trimestre de l'année. Les difficultés rencontrées dans le cadre de la mise en œuvre de l'alignement du processus de planification avec le cycle budgétaire de l'Etat ne sont pas imputables aux directives de planification elles-mêmes.

Il apparait également peu pertinent de lier l'évolution des indicateurs de résultats et d'impacts du système de santé à l'utilisation des directives de planification car en général, les activités ciblées constituent le PMA et PCA des structures de soins

3-6-2 Efficience des directives

Plusieurs éléments suggèrent une certaine inefficience du processus d'application des directives et de manière générale le processus de planification notamment opérationnel. En effet, si les directives parviennent à temps dans les régions, le temps et les ressources accordés aux autres séquences du processus de planification ne sont pas suffisants :

- (i) l'élaboration des PA. En principe ce processus nécessite l'accompagnement de la part des DRS qui généralement ne disposent pas de ressources humaines compétentes et en nombre suffisant pour accompagner de manière concomitante l'ensemble des districts. Il faut noter l'absence totale du niveau central dans cette étape d'accompagnement en dehors de la ventilation des directives
- (ii) l'amendement au niveau régional. Les mêmes difficultés se posent. En l'absence d'accompagnement de l'élaboration des PA, l'adoption technique au niveau régional est

généralement une étape escamotée « *parfois certains PA arrivent au niveau central sans même que le DRS n'est eu le temps de lire* » (propos d'un responsable)

(iii) la validation par les CSD. De nombreux acteurs estiment que cette formalité ne présente aucune efficacité en termes de contribution des différents acteurs à l'amélioration des PA. En effet, les sessions de présentation des PA au CSD présentent plusieurs insuffisances : 1) les participants ont très peu connaissance du document avant la session 2) de nombreux participants n'ont pas les compétences techniques pour amender un PA 3) parfois la présentation fait partie d'un ordre du jour plus global qui lui consacre peu de temps etc.

- les sessions de financements y compris les validations définitives posent également un certain nombre de problèmes : 1) qualité technique de certains acteurs du NC impliqués dans le processus, 2) les incohérences entre les besoins réels de certains PA, le processus de financement et le contenu des directives. Cette situation amène en définitive à des décisions finales qui sont parfois prises par les financiers pour respecter les procédures. Comme indiqué plus haut, cela crée des frustrations car certains agents des ECD ont l'impression d'avoir fait un travail inutile.

IV SYNTHESE DES PRINCIPAUX CONSTATS

4-1 Forces

Plusieurs éléments constituent des forces pour l'initiative du MS d'utiliser des directives de planification suite à l'adoption de l'approche sectorielle :

- fidélisation de l'ensemble des acteurs y compris les PTF autour des options prioritaires contenues dans le PNDS et la priorité accordée aux IGR
- au plan technique il y a une cohérence dans le format des différents plans d'actions élaborés à tous les niveaux du système de santé ce qui rend l'analyse et le suivi plus facile
- la régularité et la promptitude dans la production des directives chaque année
- la standardisation et la comparabilité des documents de plan produits à tous les niveaux
- une plus grande objectivité (équité) dans l'examen et le financement des plans d'actions en termes de respect du contenu des directives;

4-2 Faiblesses

- insuffisance dans la clarification du concept. Ce qui induit une interprétation parfois assez différente de la notion de directives, entre acteurs du système de santé

- caractère peu innovant dans le contenu des directives d'une année à l'autre. Le caractère «réchauffé» des plans d'action des districts se retrouve également dans le processus de formulation des CaDP d'une année à l'autre
- faible adaptation des directives aux spécificités locales et aux besoins des structures (CHR/CHU, Centre de recherche etc.)
- si les plans d'actions sont harmonisés, les directives semblent induire des insuffisances dans la qualité de ces plans d'action qui sont une reconduite systématique, routinière des activités souvent en décalage avec certaines spécificités locales
- insuffisance dans le ciblage des différentes structures impliquées dans le développement du système de santé tels que les EPS toutes catégories confondues: CHU, CHR, Centres de recherche etc.
- insuffisances dans la formulation des cadres et directives de planification notamment
 - (i) le caractère très imprécis de certains indicateurs⁵
 - (ii) le caractère trop exhaustif des directives ce qui s'apparente à un plan d'action sans une bonne visibilité des priorités du MS pour l'année concernée
- absence de vision à moyen terme. Le processus de planification triennale est peu opérationnel, il n'existe pas de plans de développement des districts sanitaires, si bien que les districts fonctionnent dans le court terme avec une absence totale de vision de développement du système local de santé.
- absence de directives d'application des directives et d'un dispositif de suivi

4-3 Opportunités

- la formalisation des processus de décentralisation avec un transfert effectif des ressources aux collectivités locales,
- la définition de certaines orientations politiques (perspective attendues des nouvelles autorités) tels le PNDES et le programme présidentiel, constituent des opportunités pour renforcer les directives en lien avec les problèmes de santé des populations ;
- l'annonce de certains financements tel que le 11ème FED, Fonds Global, Gavi RSS, Projet Dividende Démographique Banque Mondiale - UNFPA, la Projet Burkina Faso Coopération Technique Belge etc...constituent également des opportunités pour le renforcement du processus de planification

4-4 Contraintes

Plusieurs contraintes existent dans le contexte national

- faible définition/précision de certaines options nationales : Centres Médicaux dans le système de santé du district sanitaire : niveau de référence de cas? Quel lien hiérarchique avec les CSPS de la commune avec les CMA,

⁵ 100% des DS mettent en œuvre le plan stratégique de lutte contre les effets nocifs de l'alcool

- problématique du financement des plans d'action : la préférence pour les fonds ciblés, la nature du circuit de financement des PA, notamment la réduction des fonds communs, rend difficile l'application de directives de planification fondées sur une prise en compte véritable des spécificités locales.
- la multiplicité des acteurs impliqués dans le processus de planification du développement local rendant difficile la coordination au niveau local (Conseils régionaux, conseils municipaux, directions régionales de planification, différents ministères, etc.)
- la mobilité et la faiblesse des ressources notamment humaines et l'inadaptation du modèle organisationnel actuel des DRS qui constituent pourtant la cheville ouvrière du processus de planification en général.

V VERS UNE NOUVELLE VISION POUR LES DIRECTIVES DE PLANIFICATION

5.1 Contexte et justification

Pour permettre la mise en œuvre du PNDS, des plans d'action annuels sont régulièrement élaborés par les différentes structures à tous les niveaux du système de santé. Les défis majeurs sont de s'assurer des liens établis et de la bonne cohérence entre ces plans d'action annuels et les orientations nationales contenues dans le PNDS. Afin de faciliter et d'harmoniser ce processus national de planification des activités, un guide national de planification opérationnelle et un document cadre et de directives de planification (CaDP) sont annuellement conçus suivant un processus participatif, et ce depuis 2002.

Le format et le contenu de ces directives ont évolué au cours des années pour prendre en compte les besoins des acteurs et les préoccupations émergentes. Il s'est agi de l'intégration progressive de nouvelles structures dans la dynamique nationale de planification et de l'allocation des ressources conduite par le Programme d'Appui au Développement Sanitaire, du focus mis sur les Interventions à Gain Rapide (IGR) ou à Grand Impact visant une meilleure progression vers l'atteinte des Objectifs du millénaire, l'alignement avec le cycle budgétaire au niveau national.

Après plus d'une décennie d'utilisation des cadres et directives, au regard des insuffisances signalées, des thématiques émergentes telles la planification axée sur les résultats, le financement basé sur les performances, la décentralisation avec le transfert des compétences aux collectivités et l'assurance maladie universelle, une évaluation de ces documents de directives s'imposait aux décideurs.

A l'unanimité, les acteurs ont adhéré aux principes, reconnu l'utilité et la pertinence de ces directives. Cependant, ils ont recommandé une révision des documents de directives afin de les améliorer. En effet, le contexte actuel de crise économique mondiale, d'insécurité et de rareté des ressources financières exigent que le processus de planification soit plus focalisé, orienté vers les résultats au lieu d'une planification où les acteurs s'auto satisfont du niveau d'atteinte des indicateurs de processus et d'intrants.

La conception de ce nouveau cadre de directives découle essentiellement des forces, des faiblesses, des contraintes et des opportunités décrites dans les constats de cette évaluation.

Par ailleurs, un certain nombre de recommandations sont essentielles à prendre en compte pour une mise en œuvre réussie de ces nouvelles directives à court moyen et long termes :

- une évaluation du dispositif organisationnel actuel des DRS avec une mise en place d'un dispositif dont les capacités opérationnelles sont en adéquation avec les exigences d'une planification de qualité ;
- une révision des procédures de financement des PA de sorte que l'expression des besoins spécifiques des districts sanitaire puisse être prise en compte ;

- l'élaboration des plans de développement sanitaire des districts centrés sur des projets de développement à moyen terme de chaque district sanitaire.
- le renforcement du processus d'élaboration des annuaires statistiques régionaux avec l'établissement du profil sanitaire de chaque région. Un tel outil facilite les choix prioritaires et l'établissement des directives nationales ;
- la décentralisation intégrale et les perspectives de développement intégré des districts sanitaires
- l'approfondissement de certaines reformes notamment la question du paquet minimum d'activités (niveau de références, encadrement et supervision des CSPS de la commune? Participation à l'ECD) des centres médicaux des chefs- lieux des communes dans l'univers du DS ; le Financement Basé sur les Résultats en corrélation avec une planification axée sur les résultats uniformisé au niveau des structures de santé. .

5.2 Définition des nouvelles directives

Les directives de planification sont un ensemble d'instructions ou d'indications générales données par une direction, une autorité politique et/ou administrative sur les normes à suivre pour élaborer les plans d'actions par les structures de santé à tous les niveaux.

La notion de directives renvoie particulièrement à la notion d'autorité, donc à des instructions à suivre obligatoirement, les contrevenants pouvant être sanctionnés. C'est ainsi que l'autorité fixe, de manière participative, les résultats et les cibles attendues. Si les objectifs ne sont pas négociables, les stratégies pour y arriver relèvent des niveaux de mise en œuvre, le niveau central ne pouvant que donner des orientations.

Nous avons alors choisi le terme « Cadre de directives et d'orientations pour la planification opérationnelle », étant donné le bon dosage qu'il faut maintenir entre des instructions qui seront non négociables et la flexibilité dans le choix des stratégies jugées pertinentes par les acteurs de mise en œuvre.

5.3 Principes

Les principes directeurs qui sous-tendent la rédaction de ce cadre sont repris ci-dessous.

1. L'articulation aux orientations et axes stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire : les directives doivent faciliter l'élaboration des plans opérationnels de mise en œuvre du PNDS par les structures du système de santé. Par conséquent elles doivent s'arrimer avec les objectifs et axes stratégiques de celui-ci, document cadre pour toutes interventions dans le secteur de la santé.
2. Gestion axée sur les résultats est l'aboutissement à termes des directives: la Gestion axée sur les résultats (Results Based Management en anglais) est un système mettant le focus ou orienté vers l'atteinte des résultats pour améliorer l'efficacité et l'imputabilité de la programmation et de la gestion. Les éléments clés de ce concept à intégrer dans les directives sont :
 - L'approche basée sur le travail en équipe, la participation des parties prenantes et du partenariat,

- Planification basée sur les évidences et mettant le focus sur la réalisation des résultats clairement définis et des indicateurs traceurs facilement mesurables,
 - L'amélioration de l'efficience et la redevabilité des acteurs,
3. Le principe de l'engagement et de la responsabilisation des structures par niveau, du renforcement de l'autonomie décisionnelle, particulièrement pour les régions et les districts ;
 4. L'allocation équitable et modulée des ressources financières pour la mise en œuvre des plans d'action en fonction des besoins réels identifiés lors de l'analyse de la situation et non des affectations basées sur des priorités et des interventions définies en avance à d'autres niveaux.

5.4 Méthodologie d'élaboration

La structure responsable pour conduire le processus d'élaboration des directives reste le DGESS

Les directives seront rédigées par niveau (central, régional et district) et éventuellement par structures spécifiques. Pour la rédaction de ces directives, les étapes à suivre sont :

1. Phase préparatoire : mise sous l'égide de la DGESS, elle doit aboutir au document bilan de la mise en œuvre du PNDS par les structures. Le processus de collecte des données pour la rédaction du rapport bilan du PNDS doit impliquer tous les niveaux.
C'est ainsi que les monographies (tableaux de bord) des régions, des districts et des autres structures sont indispensables.
Comme le rapport bilan 2015 du PNDS, les analyses des principaux indicateurs doivent permettre de classer et catégoriser les régions et les districts : cette catégorisation par niveau selon les échelles de performance des indicateurs permettra d'en tenir compte dans les directives.
2. Phase d'élaboration : lors d'un atelier de 5-6 jours où les principaux acteurs en particulier les principaux animateurs des programmes y seront conviés. Cette rencontre servira pour la validation de l'état des lieux, la détermination des priorités au regard des résultats attendus pour l'année. Le produit attendu est le document draft de directives de planification opérationnelle. Une démarche participative permettra de mieux faire connaître la situation à travers une implication de tous acteurs. Ce qui sera mobilisateur pour les actions qui sont planifiées
3. Phase d'adoption : le document de directives sera soumis au conseil de cabinet pour adoption.

5.5 Contenu du document de directives pour l'élaboration des plans d'action de l'année N

Introduction et justification

Définition du concept de directives et principes,

Raison d'être du document de directives

Synthèse des acquis majeurs des années écoulées

Perspectives et défis de la mise en œuvre du PNDS

Plan et objectifs du document des directives

5.5.1 Présentation des performances de l'année N-2

Le bilan de l'année N-2 comprendra en particulier une synthèse de l'évolution, par résultats du PNDS, des indicateurs traceurs retenus.

- **Tableau XX : Niveau de performance des indicateurs par résultats**

Principaux résultats attendus par orientation stratégique (a)	Indicateurs (b)	Niveaux atteints (c)				Niveaux Prévus (d)
		N-5	N-4	N-3	N-2	N-1

(a) Dans cette colonne, selon les orientations stratégiques, objectif spécifiques ou par axe d'intervention il s'agira de mettre les résultats en précisant le niveau dans la chaîne des résultats (produits, effets, Impact) attendus du PNDS

(b) Dans cette colonne, lister les indicateurs de performance retenus selon les résultats attendus

(c) Dans cette colonne, il sera déterminé le niveau quantitatif atteint par indicateurs de performance retenus et par année.

(d) Dans cette dernière colonne en vue d'une comparaison, il s'agira de reprendre les cibles prévisionnelles de l'année N-1

5.5.2 Thèmes émergents et principales reformes

Les thèmes émergents seront développés en mettant l'accent sur ceux qui ont une incidence particulièrement sur la planification de l'année :

1. Gratuité des soins pour les groupes vulnérables
2. Passage à l'échelle pour le financement basé sur les résultats
3. Les différentes réformes en cours
4. Décentralisation territoriale
5. Etc.

5.5.3 Synthèse et justification des priorités nationales, y compris les cibles de l'année

Ce chapitre doit répondre aux questions : quelle priorité ? et pourquoi ? Ces priorités devront s'inspirer de celles définies dans le PNDS.

Le diagnostic sera fait après l'étape précédente qui a permis de faire l'état des lieux. Ensuite, une synthèse sera faite des indicateurs traceurs en termes d'atouts- contraintes, de forces - faiblesses, d'opportunités - menaces. L'accent sera mis sur les causes majeures explicatives des résultats de l'année et également faire apparaître les disparités régionales ou de districts.

Des analyses qualitatives seront effectuées en complément aux données quantitatives vues plus haut. Ce diagnostic technique prendra en compte les thèmes émergents en vue de dégager les priorités pour l'année à venir.

Des critères d'urgences ou de continuité, de l'ampleur et de la vulnérabilité, de l'impact d'une intervention vers les atteintes des résultats orienteront les décideurs et les acteurs sur le choix de la priorité.

Enfin, une synthèse de ces priorités sera faite sous forme de tableau

Axes d'intervention/ Résultats du PNDS	Priorités de l'année N

Exemple

Axes d'intervention/ Résultats du PNDS	Priorités de l'année N
Les barrières pour une accessibilité financière aux soins sont réduites	Le passage effectif à l'échelle de la gratuité des soins chez les moins de 5 ans et chez les femmes en âge de procréer
	La contribution à l'élaboration et à la mise en œuvre de la feuille de route pour l'assurance maladie universelle
	Le suivi de l'application de la prise en charge effective des indigents dans les DS déjà couverts par le FBR
Lutte contre les maladies transmissibles est renforcée	Mise en place d'un système de surveillance épidémiologie et d'éveil pour la détection, le traitement et la notification des cas de maladies transmissibles émergentes (MVE, Maladie Lassa, etc..)
	Renforcement de la sécurité sanitaire par la protection des populations et, la gestion des maladies contagieuses à potentielles épidémiques

5.5.4 Orientations /directives pour l'élaboration des plan de l'année N

5.5.4.1 Cadre de référence pour la formulation des orientations stratégiques par structure du système de santé

Ce chapitre a pour objet de donner des informations sur les cadres de référence sur lesquels les structures opérationnelles doivent d'inspirer pour formuler leurs stratégies d'interventions au cours de l'année. Les actions prioritaires décrites dans le PNDS selon les axes d'interventions restent le cadre majeur de référence pour toute intervention dans le secteur de la santé. Cependant les plans stratégiques des programmes ainsi que ceux des structures non hospitaliers de la santé pourraient servir comme source d'information.

Par ailleurs, les résultats et actions à retenir devront découler des priorités énoncées au point 5.5.3 ci-dessus et en corrélation avec le niveau actuel des indicateurs. Chaque structure devra préciser, selon le niveau atteint par les indicateurs, sa contribution à l'atteinte des niveaux projetés par le niveau national.

5.5.4.2 Orientations pour l'élaboration du plan opérationnel

Pour chaque structure, tenant compte du niveau des indicateurs de performance de l'année N-2, du niveau de la structure dans le système de santé et de la priorité définie par le MS, des orientations techniques claires doivent lui être suggérées.

a) Au niveau central

En lien avec les priorités dégagées, le niveau central doit :

- assurer la disponibilité des normes, standards et des directives techniques et
- apporter l'accompagnement technique requis et ciblé en fonction des besoins, aux DRS.
- assurer les choix stratégiques les plus innovants à même d'assurer un développement du système de santé dans sa globalité.

Les insuffisances, les difficultés et les perspectives relevées dans le bilan de la mise en œuvre du PNDS doivent guider le choix et orienter sur les directives. Après une analyse approfondie des régions à faibles indicateurs, des stratégies innovantes seront proposées pour améliorer le niveau.

Par exemple en 2015 : proportion des décès maternels pour 100 000 naissances dans les hôpitaux sont de 213,6 au Sahel et 149 à l'Est. (Moyenne nationale 103,4 et Centre 34,4). Cela commande une analyse approfondie et une particularisation de ces deux régions pour la détermination des orientations.

b) Au niveau DRS

Au niveau DRS, l'accent sera mis sur l'appui aux districts en tenant compte de leurs besoins spécifiques et des particularités. Le renforcement des capacités de la DRS permettrait de rendre disponible les données concernant le profil de santé des populations de la région (Ex : confection des tableaux de bord, des annuaires statistiques, etc.).

Tenant compte des priorités de l'année N, des orientations/directives doivent être déterminées par le niveau central pour guider les actions (cf. annexe 1).

c) Au niveau DS

Les DS devront être plus spécifiques et plus approfondis dans leurs analyses en tenant compte des variabilités internes au district (entre CSPS, en ZU et ZR, CM et CMA) en matière de prestation des soins. Cela permettra de mieux cibler les activités à programmer pour l'année.

Par exemple, en orientation d'ordre général, le DS doit s'accorder sur l'adéquation entre leur performance et niveau de productivité et leur potentialité réelle: par exemple un DS où il y a 4 médecins qui a les mêmes voir moins de résultats qu'un DS où il y a un seul médecin.

Y a-t-il une orientation générale (outils ?) sur comment quitter la planification basée sur le processus à la planification axée sur les résultats ?

Etc...

Pour les orientations spécifiques (voir tableau en annexe), elles doivent permettre aux structures de déterminer, selon les tableaux de priorités et par indicateurs, les activités qu'elles doivent planifier pour atteindre les cibles fixées

Exemple : cas du taux de césarienne :

- le Niveau Central décline les orientations stratégiques prioritaires dont les acteurs doivent s'inspirer tenant compte de leur niveau de performance et de leur contexte.
- L'objectif fixé pour la césarienne au niveau national est de 5%, quelles sont les orientations ou pistes de solutions possibles que le niveau central doit donner pour amener un district qui est à 2%. Que pourrait faire le DS pour atteindre cette cible ou l'a dépassée ?

d) Au niveau des EPS (CHU ; CHR)

Pour les CHR/CHU, les orientations doivent :

- permettre une implication effective dans la gestion de l'espace sanitaire régional,
- apporter leur contribution dans l'amélioration continue de la qualité des soins en leur sein (cf projet d'établissement) et en externe (CMA).

e) Des EPS non hospitaliers et assimilés : ENSP, Centres de recherche, etc.

Tenant compte de leurs spécificités, les orientations faciliteront l'identification de thèmes innovants et promoteurs dans l'amélioration des prises de décisions en faveur des programmes de santé prioritaires.

Exemples:

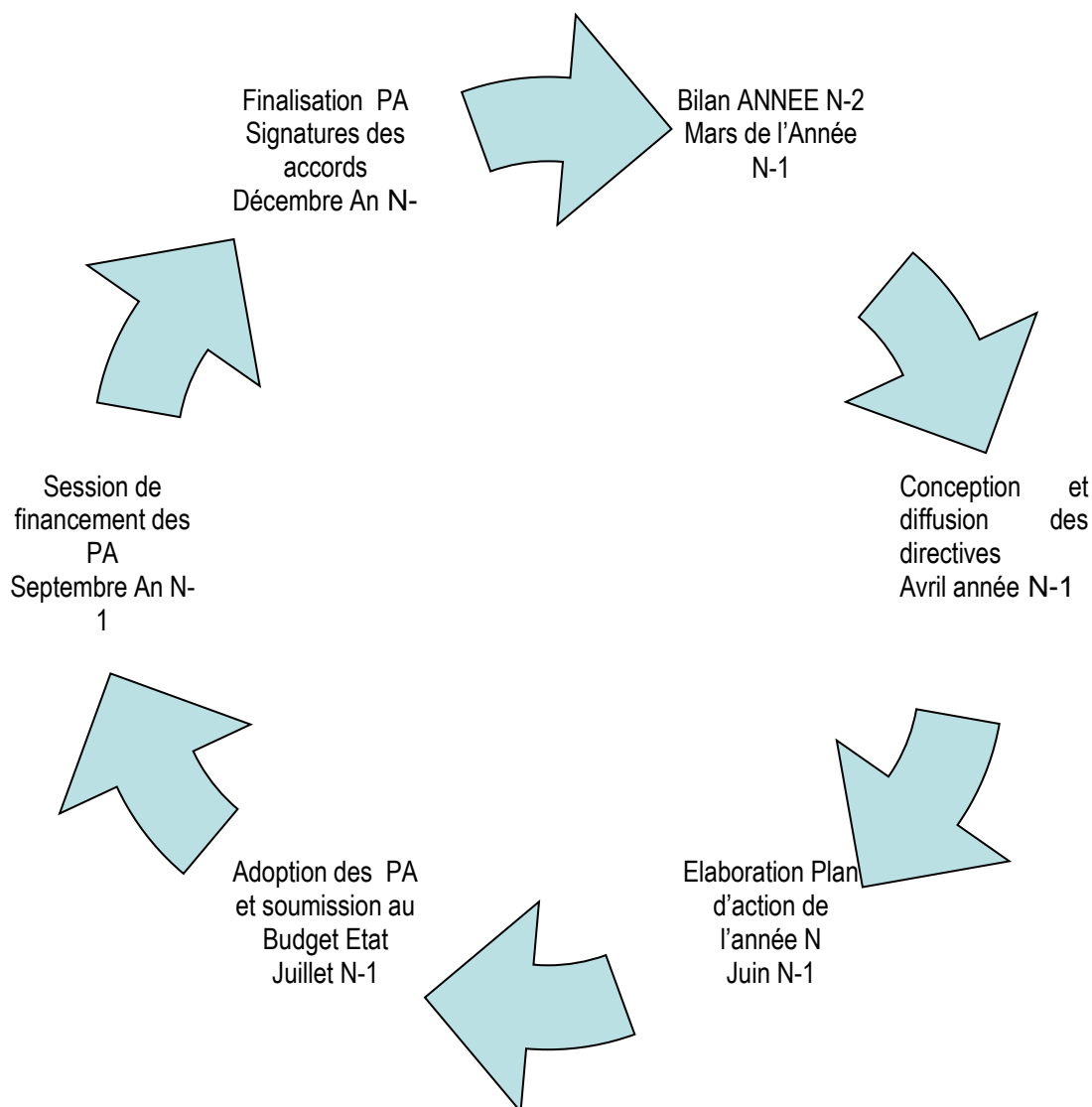
1. Centre Palu : qu'attend le MS de ce Centre en matière d'information pour une prise de décision basée sur l'évidence au cours de l'année?
2. Mise en œuvre de la gratuité : quelle contribution les centres de recherche et d'étude peuvent apporter dans le suivi et la mise à disposition d'évidences bases pour les décideurs ?

5.5.4.3 Mobilisation des ressources

Le Niveau central doit rappeler les principales ressources disponibles et mobilisables ainsi que les procédures à suivre par les différents niveaux du système de santé. Il veillera à assigner à chaque structure des objectifs de mobilisation des ressources notamment financières.

5.6 Calendrier cycle de planification

Le calendrier d'élaboration part du principe que le plan d'action du MS doit être disponible pour les besoins d'alignement afin de prendre en compte, les coûts inhérents dans le budget national. En outre, aussi bien le budget programme que les Plans quinquennaux de Développement Sanitaire du District qui auraient pu également servir de cadre de référence pour les prévisions budgétaires annuel au niveau du budget de l'Etat, ne sont pas disponibles.



5.7 Processus d'appropriation

5.7.1 Outil d'utilisation et d'application

Les directives doivent faire l'objet d'une session d'appropriation et de présentation au cours des instances statutaires des districts et des régions ainsi que des Directions Centrales et autres établissements concernés. Les copies doivent être disponibles auprès des ECD, des partenaires locaux, des collectivités territoriales et de tous les autres acteurs concernés.

Les sessions de financement ainsi que la revue du PNDS serviront à s'assurer de l'effectivité de l'utilisation des directives.

5.7.2 Cadre et suivi

Un cadre de suivi de l'utilisation incluant les résultats attendus, les indicateurs avec les cibles et les activités de suivi doit être élaboré et mis à la disposition des structures à tous les niveaux.

5.7.3 Mesures d'accompagnement

Les mesures qui contribueront à améliorer l'utilisation et l'effectivité des directives sont les suivantes :

- Tenir compte du niveau des indicateurs des structures pour la répartition des ressources financières
- diffuser activement les directives en utilisant les canaux traditionnels disponibles : CASEM, CTRS, Comité de suivi du PNDS (national et régional).

VI RECOMMANDATIONS

Les recommandations et les préalables pour améliorer l'élaboration, l'appropriation et l'utilisation des directives sont décrites ci-dessous.

Outil d'utilisation et d'application

Les directives doivent faire l'objet d'une session d'appropriation et de présentation au cours des instances statutaires des districts et des régions ainsi que des Directions Centrales et autres établissements concernés. Les copies doivent être disponibles auprès des ECD, des partenaires locaux, des collectivités territoriales et de tous les autres acteurs concernés.

Les sessions de financement ainsi que la revue du PNDS serviront à s'assurer de l'effectivité de l'utilisation des directives.

Cadre et suivi

Un cadre de suivi de l'utilisation incluant les résultats attendus, les indicateurs avec les cibles et les activités de suivi doit être élaboré et mis à la disposition des structures à tous les niveaux.

Mesures d'accompagnement

Les mesures qui contribueront à améliorer l'utilisation et l'effectivité des directives sont les suivantes :

- Tenir compte du niveau des indicateurs des structures pour la répartition des ressources financières
- diffuser activement les directives en utilisant les canaux traditionnels disponibles : CASEM, CTRS, Comité de suivi du PNDS (national et régional).

De manière spécifique :

1. Elaborer un document combinant des directives plus rigides et orientations plus globales, laissant la latitude aux acteurs de créer ou d'innover.
2. Accélérer l'évaluation des DRS en vue de les réorganiser pour qu'elles puissent jouer pleinement leur rôle dans le processus de planification.
3. Définir un projet de soins et de services pour la commune, dans le cadre de la réforme portant sur la transformation des CSPS de chef-lieu de communes en centres médicaux et du transfert des compétences aux collectivités
4. Accélérer les processus de réflexion sur la gestion du transfert des compétences en matière de santé dans le cadre de la décentralisation
5. Mener la réflexion pour résoudre la question du financement global et sectoriel des PA, en particulier en permettant de transformer certains financements ciblés en opportunité de renforcement du système de santé.
6. Concevoir un guide national, à actualiser tous les cinq ans, pour l'élaboration des PDSD et des PA
7. Etablir une feuille de route pour l'élaboration et la finalisation des PDSD pour l'ensemble des districts du pays
8. Promouvoir la culture des résultats par la mise en place d'un mécanisme de suivi de l'application des formations sur la planification axée sur les résultats à tous les niveaux du système de santé (suivi des agents formés, analyse régulière sous l'angle résultats des documents produits, etc.)

ANNEXES

Annexe 1 : Le modèle de cadre des directives spécifiques par niveau du système de santé

ORIENTATIONS STRATEGIQUES/ RESULTATS	INDICATEURS	CIBLES (N=2017)	PRIORITES	DIRECTIVES POUR L'ANNEE N= 2017
OS.1: Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé				
OS.2: Amélioration des prestations de services de santé				

ANNEXE 2 : Liste des personnes rencontrées

Tableau I : Répartition des structures et des responsables au niveau central à visiter pour l'entretien

Structures	Personnes rencontrées
DGESS	Dr Sylvain DIPAMA et collaborateurs retenus
AT/DGESS	Dr Alassane Abdoulaye
DPPO	Dr Théophile SANOU et collaborateurs
DGS	Dr Patrice COMBARY
DAF/ MS	Mr Pousbila ZEBA
DES	Dr Konfé Salifou et collaborateurs
Unité de Recherches et écoles	
ENSP	Dr Bonou Martine
Programme Paludisme	Dr Sawadogo Seydou, Coordonnateur
Projet Transformation des CSPS en CM	Dr Nikiema P. Abdoulaye, Coordonnateur
Partenaires	
Union Européenne	Dr Bart Callewaert.
OMS	Dr Zampaligré Fati et Dr Bazié
UNICEF	Dr Ilboudo Pierre
UNFPA	Dr Norbert Coulibaly

DRS

N.	Nom et prénoms	Structures	Téléphone	Email	DATE
	Dr Djibrilla Maiga	SLM	71237731	magadjib@yahoo.fr	20/01/16
	Mr Somé P.Noel	Planificateur	70471622	p.noelsome@yahoo.fr	20/01/16
	Mr Bafo Eric Pascal	PEV	71555464		20/01/16

	Mr Kirakoya Abdoulaye	CISSE	70299338	abdoukirak@yahoo.fr	21/01/16
	Nebié Vincent	SAF DRS	70361336	vincentnebie@yahoo.fr	21/01/16

Mairie Kaya

N.	Nom et prénoms	Structures	Téléphone	Email	Date
	Tao Abdoulaye	Président de la DS	70591734		21/01/16

DREP Kaya

Numéro	Nom et prénoms	Structures	Téléphone	Email	DATE
	BANWAR Ousmane	Directeur DREP	70696652		21/01/16
	Sanou Djedjouma	Service Suivi des investissements			21/01/16

CHR KAYA

Numéro	Nom et prénoms	Structures	Téléphone	Email	DATE
	Mme Priscille Cyrille Kaboré	Directrice Générale du CHR	70744304	kaboretpriscille@yahoo.fr	22/01/16
	Mr Koté Adama	Service Planification et Suivi	71254114	adama.kote@yahoo.fr	22/01/16
	Mr Ouattara Siaka	DAF	70268920	siaka_syl@yahoo.fr	22/01/16

DRS Dori

N.	Nom et prénoms	Structures	Téléphone	Email	DATE
	Dr Yelbeogo Denis	Directeur Régional de la Santé			26/01/16
	Mr Zebda	CISSE			26/01/16

Haut Commissariat et Président de la Délégation spéciale

N.	Nom et prénoms	Structures	Téléphone	Email	DATE
	Coulibaly Irène	Haut Commissaire	70754213		26/01/16

	BADO LAURENT	Préfet Dori	70999779	Laurentbado2@yahoo.fr	26/01/16

DREP

N.	Nom et prénoms	Structures	Téléphone	Email	DATE
	Bokoum Mahamadou	DREP	70434501	mahamabokoum@yahoo.fr	26/01/16
					26/01/16

CHR Dori

N.	Nom et prénoms	Structures	Téléphone	Email	DATE
	Mr Emmanuel KONE	DG CHR	70422900		26/01/16
	Mr Olivier LALGO	SIM			26/01/16

ECD Dori

N.	Nom et prénoms	Structures	Téléphone	Email	DATE
	Dr Sawadogo Arnaud	Médecin Chef de District	78040581	saw_arnaud@yahoo.fr	26/01/16

Centre Sud

Nom Prénom	Profil	Poste
Léon NIKIEMA	Médecin	SLM
Mamadou Kouzon TRAORE	Administrateur des hôpitaux	SAF
Ben Idriss NACRO	Pharmacien	Pharmacien régional
Amadou Issa SAKO	Technicien d'Etat en génie sanitaire	Chef de service promotion de la santé

Boucle du Mouhoun

Nom Prénom	Profil	Poste
Dr KARAMA	Médecin	DRS
OUEDRAOGO Juste	Administrateur civil	PDS
COULIBALY Nouhoun	Administrateur civil	SG/CR
Gnanou Justin	Attaché de santé	Chargé planification CHR

Hauts Bassins

Nom Prénom	Profil	Poste
BOUDA GISLAIN	Médecin	MCD DO
OUEDRAOGO Thomas	Médecin	SLM/DRS HBS
Badolo Gris Camille	Attaché de santé	Chargé de planification CHUSS