

ASSEMBLEE NATIONALE

COMMISSION D'ENQUETE PARLEMENTAIRE
SUR LE SYSTEME DE SANTE



BURKINA FASO
Unité-Progress-Justice

**RAPPORT DE SYNTHES DE L'ENQUETE
PARLEMENTAIRE SUR LE SYSTEME DE SANTE AU
BURKINA FASO 2006-2016**



Juillet 2017

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	v
INTRODUCTION.....	1
I. GENERALITES SUR LE SYSTEME DE SANTE.....	5
II. CONSTATS : IRREGULARITES ET INSUFFISANCES.....	12
III. . LES RESSOURCES HUMAINES.....	18
IV. LA FORMATION ET LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE.....	20
V. LA GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX.....	30
VI. LES STRUCTURES PRIVEES DE SOINS.....	31
VII. LES OFFICINES PHARMACEUTIQUES.....	33
VIII. ANALYSES ET AVIS DE LA COMMISSION.....	40
IX. MESURES CORRECTIVES ET RECOMMANDATIONS.....	66
X. LES RECOMMANDATIONS.....	73
CONCLUSION.....	75
LISTE DES TABLEAUX.....	80
ANNEXE: FICHE TECHNIQUE SOGEMAB.....	81

AVANT-PROPOS

La priorité du Burkina Faso, déclinée dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) est d'offrir des soins de qualité accessibles à tous les burkinabè. Pour réussir cette mission, trois conditions s'imposent à savoir disposer d'un plateau technique performant, de personnel qualifié en nombre suffisant et de ressources financières adéquates.

Au regard de l'immensité des besoins sur le plan des équipements biomédicaux, des infrastructures sanitaires, de l'approvisionnement en produits de santé, en ressources humaines et face à la rareté des ressources, il est plus que nécessaire de développer des stratégies opérationnelles en vue de relever les insuffisances de notre système de santé. L'Etat, à travers le Plan National pour le Développement Economique et Social (PNDES), prévoit relever les défis. Mais, la disponibilité des ressources financières ne suffit pas pour offrir des soins de qualité au vu des pratiques peu orthodoxes qui minent notre système de santé.

Les acteurs du système de santé et la population doivent unir leurs forces dans l'intérêt supérieur de la nation en prônant la bonne gouvernance à tous les niveaux de notre système de santé. Une ambition orientée vers l'excellence, un comportement empreint de dignité et de bonnes pratiques dans l'esprit de service rendu doivent être les valeurs incarnées par tous.

Le caractère sacré de la chose publique doit être un sacerdoce dans la conscience individuelle et collective des filles et fils de la nation.

Au cours de cette enquête, les auditions et les sorties sur le terrain ont été sources d'enseignements au regard des comportements vécus dans certaines structures et unités de soins.

Pas à pas, jour après jour et nuit après nuit, les honorables députés et le personnel d'appui ont mouillé le maillot avec pour leitmotiv «chacun se le doit pour l'intérêt supérieur de la nation».

REMERCIEMENTS

L'enquête parlementaire sur le système de santé au Burkina Faso a été autorisée par l'Assemblée nationale à travers la Résolution n°005/2017/AN du 06 avril 2017. Les membres de la commission chargée de cette enquête ont été nommés par les décisions n°2017-020/AN du 07 avril 2017 et n°2017-33/AN du 11 mai 2017.

Le présent rapport est le résultat de notre collaboration avec de nombreux partenaires et structures impliqués dans l'offre de soins au niveau de notre système de santé.

Nous voudrions saisir cette occasion, pour exprimer notre profonde gratitude à Son Excellence Dr. Salifou DIALLO, Président de l'Assemblée nationale ainsi que les membres du bureau qui ont su concilier nos besoins à la modestie des moyens de notre Institution pour nous permettre de mener à bien cette enquête.

Aux députés qui ont voté la résolution afin de nous permettre d'enquêter sur notre système de santé, nous leur témoignons notre reconnaissance.

A l'ensemble des membres de la CEP/Santé, qui, plus que des collaborateurs sont devenus des membres d'une seule famille durant les quatre-vingt-dix (90) jours d'intenses travaux, nous leur adressons notre salut fraternel. L'esprit d'équipe, de complicité et de fraternité a animé l'ensemble des députés et le personnel administratif ; toute chose qui nous a permis d'atteindre des résultats que nous espérons utiles pour notre nation.

Aux membres du gouvernement qui ont répondu présents à nos auditions, nous les remercions pour leur disponibilité.

Aux directeurs généraux, centraux, régionaux, aux syndicats, aux acteurs du secteur privé de la santé, aux partenaires techniques et financiers, aux professionnels de la santé, aux personnes ressources, veuillez trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance pour votre collaboration durant les différentes étapes de nos travaux.

Au personnel médical et paramédical de toutes les contrées du Burkina Faso qui, malgré la modestie des moyens, s'évertuent, jour et nuit, dans des conditions souvent inimaginables pour apporter le sourire aux vaillantes populations du Burkina Faso, nous leur adressons notre reconnaissance et encouragement pour leur vocation.

Aux malades rencontrés au cours de cette enquête, nous leur souhaitons prompt rétablissement.

Nous exprimons enfin notre gratitude à toutes les parties prenantes qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AA	: Accoucheuse Auxiliaires ;
ACH	: Adjoint des Cadres Hospitaliers ;
ACT	: Combinaison Thérapeutique à base d'artémisine ;
AN	: Assemblée Nationale ;
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant ;
AIS	: Agent Itinérant de Santé ;
ASBC	: Agent de Santé à Base Communautaire ;
ASOG	: Attaché de Santé en soins Obstétricaux et Gynécologiques ;
AHSS	: Administrateur des Hôpitaux et des Services de Santé ;
AVS	: Activités de vaccination supplémentaires ;
ARV	: Anti Rétroviraux ;
ATPE	: Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ;
BM	: Banque Mondiale ;
CAMEG	: Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques et de Consommables Médicaux ;
CD4	: Cluter de Différenciation gluco-protéine exprimé à la surface des lymphocytes T ;
CEP/Santé	: Commission d'Enquête Parlementaire sur le système de la santé ;
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire ;
CHAI	: Clinton, Health Access Initiative ;
CHR	: Centre Hospitalier Régional ;
CHU-YO	: Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO ;
CHU-CDG	: Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaule ;
CHU-BC	: Centre Hospitalier Universitaire Blaise Compaoré ;

CODI	: Conseil de Direction
COGES	: Comité de gestion de la santé
COPEL	: Coopérative d'électricité,
CROISAD-Burkina	: Coalition des Réseaux et Organisations intervenant dans le secteur de la santé pour le développement au Burkina Faso ;
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine ;
CNRFP	: Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme ;
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale ;
CM	: Centre médical ;
CMA	: Centre Médical avec Antenne chirurgicale ;
CNLAT	: Centre national de lutte antituberculeuse,
CRF	: Centre Raoul Follereau ;
CRCA	: Comité Régional pour la certification de l'éradication de la poliomyélite en Afrique ;
CTLT	: Comité Technique de lutte contre la tuberculose ;
CPN	: Consultation Périnatale ;
CNP	: Comité National de Pilotage ;
DAF	: Direction des Affaires Financières ;
DBM	: Déchets Biomédicaux ;
DGS	: Direction Générale de la Santé ;
DGPML	: Direction Générale des Pharmacies, du Médicament et des Laboratoires ;
DMP	: Direction des Marchés Publics ;
DL	: Direction des laboratoires ;
DRH	: Direction des Ressources Humaines ;
DRS	: Direction Régionale de la Santé ;

DSITS	: Direction des Services Informatiques et de la Télésanté ;
DSAP	: Direction de la sécurisation des approvisionnements pharmaceutiques ;
Dr	: Docteur ;
ENSP	: Ecole Nationale de Santé Publique ;
EPSY	: Ecole Privée de Santé Yelba ;
FL	: Filariose Lymphatique ;
FENATRAB	: Fédération Nationale des Tradipraticiens du Burkina ;
GHSS	: Gestionnaire des Hôpitaux et Services de Santé ;
IB	: Infirmier Breveté ;
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat ;
IGESS	: Inspection Général des Etablissements et Services de Santé ;
ICP	: Infirmier Chef de Poste ;
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique ;
LNR	: Laboratoires Nationaux de Référence ;
MESRSI	: Ministère de l'Enseignements Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation ;
MAECBE	: Ministère des Affaires Etrangères, de la Coopération et des Burkinabè de l'Extérieur ;
MICA	: Ministère de l'Industrie, du Commerce et de l'Artisanat ;
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée à Longue durée d'Action ;
MATD	: Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation ;
MRAH	: Ministère des Ressources Animales et Halieutiques ;
MFSNF	: Ministère de la Femme, de la Solidarité nationale et de la Famille ;
MEF	: Ministère de l'Economie et des Finances ;

MS	: Ministère de la Santé ;
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques ;
ME	: Maïeuticien d'Etat ;
MFPTPS	: Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Protection Sociale ;
MINEFID	: Ministère de l'Economie, des Finances et du Développement ;
MTN	: Maladie Tropicale Négligée ;
NV	: Naissances Vivantes ;
OEV	: Orphelins et enfants vulnérables;
ONG	: Organisme non gouvernemental ;
OST	: Office de Santé des Travailleurs ;
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé ;
PADS	: Programme d'Appui au Développement Sanitaire ;
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant ;
PEV	: Programme Elargie de Vaccination ;
PEP	: Préparateur d'Etat en Pharmacie ;
PVS	: Poliovirus Sauvage ;
PV-VIH	: Personnes Vivant avec le VIH ;
PNAQ	: Programme National d'Assurance Qualité en Santé ;
PNDS	: Programme National de Développement Sanitaire ;
PNT	: Programme National de lutte contre la Tuberculose ;
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme ;
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers ;
PSSLS-IST	: Programme sectoriel santé de lutte contre le SIDA et les IST ;
Pr	: Professeur ;
RENLAC	: Réseau national de Lutte Anticorruption ;

RAMS	: Réseau des Associations des Mutuelles de Santé ;
SOGEMAB	: Société de Gestion des Equipements et de la Maintenance Biomédicale ;
SIO	: Soins Infirmiers et Obstétricaux ;
SIC	: Sœurs de l’Immaculée Conception ;
SYNTSHA	: Syndicat des Travailleurs de la Santé Humaine et Animale ;
SYMEB	: Syndicat Autonome des Médecins du Burkina ;
SFE/ME	: Sage-femme/Maïeuticien d’Etat ;
SFE	: Sage-femme d’Etat ;
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence ;
TGS	: Techniciens d’Etat en Génie Sanitaire ;

INTRODUCTION

Dans les pays en développement, la maîtrise du système de santé à travers le fonctionnement optimal des structures de santé est l'un des déterminants majeurs des facteurs de production pour assurer une bonne croissance économique.

Le Burkina Faso s'est résolument engagé dans cette dynamique afin d'assurer des soins de qualité à sa population. Après l'insurrection populaire des 30 et 31 octobre 2014 et le retour à une vie constitutionnelle normale, le Burkina Faso se trouve dans un contexte marqué par de très fortes attentes des populations au plan socio-économique en général et au plan sanitaire en particulier.

Si dans certains pays de la sous-région, les systèmes de santé se veulent être des processus dynamiques, évolutifs, celui de notre pays se distingue par des dysfonctionnements liés à des insuffisances structurelles et organisationnelles et par des procédures et pratiques peu orthodoxes.

L'insuffisance qualitative et quantitative du plateau technique, conjuguée au non-respect de la déontologie médicale, conditionnent la mémoire collective des populations selon laquelle, certains centres de santé ne font pas sienne l'éthique médicale et s'orientent beaucoup plus vers l'affairisme et l'enrichissement illicite.

L'espoir suscité au sein des populations par la mise en place récente de la mesure de gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans, entrée en vigueur depuis le 02 avril 2016, est marqué non seulement par un désenchantement lié particulièrement à la rupture fréquente de stocks de certains médicaments mais aussi leurs détournements par certains acteurs de la santé. Cette situation oblige ainsi les bénéficiaires de cette gratuité, à supporter les coûts liés à l'achat des médicaments, aux examens de laboratoire, de radiologie et d'échographie, lesquels sont supposés être gratuits.

C'est fort de ce constat que l'Assemblée nationale a pris la résolution de mettre en place une commission d'enquête parlementaire sur notre système de santé.

Cette commission a pour objectif général de mener des investigations dans les services de santé du pays afin de dresser un état des lieux, sans complaisance aucune, aussi exhaustif que faire se peut sur notre système de santé et proposer des mesures correctives et des recommandations en vue de son optimisation.

Pour ce faire, la CEP/Santé a les objectifs spécifiques suivants :

- faire l'état des lieux de notre système de santé ;
- identifier les irrégularités et les insuffisances du système ;
- analyser le statut des officines d'approvisionnement en médicaments;
- évaluer la conformité à la réglementation dans les écoles de formation en santé ;
- produire un rapport sur notre système de santé, assorti de mesures correctives et de recommandations.

Conformément à la décision n° 2017-020-AN/ PRES du 7 avril 2017 portant composition de la commission d'enquête parlementaire, la Commission est composée des députés dont les noms suivent :

Groupe parlementaire Mouvement du peuple pour le progrès (MPP) :

- Monsieur BOUGOUMA Boureima ;
- Monsieur BENAÛ S. Albert ;
- Monsieur MOSSE Abdoulaye ;
- Monsieur TOË G. Rossan Noël;
- Monsieur SANON S. Léonce.

Groupe parlementaire Union pour le Progrès et le Changement (UPC) :

- Monsieur AOUE A. Joël ;
- Monsieur KOULDIATI Julien ;

Groupe parlementaire Burkindlim :

- Monsieur BARRY Boukary.

Groupe parlementaire Congrès pour la démocratie et le progrès (CDP) :

- Monsieur SANOU Alfred.

Groupe parlementaire Paix justice et réconciliation nationale (PJRN) :

- Monsieur BAZIE Anicet.

Le bureau de la Commission d'enquête se compose comme suit :

- Président : KOULDIATI Julien ;
- Vice-président : BOUGOUMA Boureima ;
- Rapporteur général : TOE G. Rossan Noel ;
- Rapporteur adjoint : BAZIE Anicet.

La commission a été assistée dans ses travaux par le personnel administratif suivant :

- Monsieur ZERBO Jean Gabriel, Assistant parlementaire à la CESJEASC ;
- Monsieur SOUDRE Yamba Félix, Assistant parlementaire à la CODECC ;
- Monsieur OUEDRAOGO Gérard, agent des services législatifs ;
- Madame NIKIEMA Bibata, agent des services législatifs ;
- Mademoiselle BATIONO B. Larissa, secrétaire ;
- Monsieur SAWADOGO Madi, agent de liaison/reprographe ;
- Monsieur BADINI Adama, agent de protocole/huissier ;
- Monsieur OUEDRAOGO Ibrahim, Assistant de police ;
- Monsieur DAH Sié Christophe, Assistant de police ;
- Monsieur TRAORE K. Désiré, chauffeur.

Pour atteindre ses objectifs spécifiques, la CEP/Santé a élaboré un agenda et conçu des outils de collecte et d'analyse des données.

Avant le 10 avril 2017, date de l'installation de la Commission, les députés désignés par leur groupe parlementaire respectif ont adopté un règlement intérieur et procédé à l'élaboration d'une méthodologie de travail. Une recherche documentaire (lois, décrets, arrêtés, conventions, plans et programmes, rapports d'activités, d'études, d'audits, d'évaluation ou de contrôle ...) préliminaire sur le système de santé a permis de dresser une liste des acteurs et structures à auditionner dans le cadre de cette enquête.

Pour mieux outiller les membres de la Commission sur la problématique du système sanitaire, il s'est avéré nécessaire de tenir un atelier de renforcement de leurs capacités sur le référentiel législatif et réglementaire.

Au terme de cette formation, la Commission a élaboré un calendrier de passage contenant des guides d'entretien qui a été transmis aux différentes structures et personnes ressources à auditionner. Les informations recherchées sont relatives aux statuts des structures intervenant dans le domaine de la santé, leur fonctionnement, les relations fonctionnelles qu'elles entretiennent avec d'autres structures, le dysfonctionnement au sein de chaque structure et avec les structures partenaires. Les insuffisances et les irrégularités du système de santé, les mesures correctives et les recommandations sont au menu de ces entretiens. Une correspondance adressée à chaque acteur (personne physique ou morale) indiquait une liste de documents à transmettre à la Commission d'enquête.

Le présent rapport de synthèse s'articule autour de quatre (04) axes qui sont :

- généralités sur le système de santé ;
- constats : irrégularités et insuffisances ;
- analyses et avis de la Commission ;
- mesures correctives et recommandations.

I. GENERALITES SUR LE SYSTEME DE SANTE

L'essentiel des généralités sur le système de santé sera abordé en deux points à savoir son organisation et son fonctionnement et l'état de santé de la population.

I.1. Organisation et fonctionnement du système de santé

Le système de santé s'articule autour de deux types d'organisation :

- l'organisation administrative du Ministère de la Santé ;
- l'organisation et le fonctionnement de l'offre de soins.

Concernant l'organisation administrative, les textes¹ prévoient trois (03) niveaux dans la structuration administrative du Ministère de la Santé.

- le niveau central est composé des structures centrales et rattachées organisées autour du cabinet du ministre et du secrétaire général ;
- le niveau intermédiaire comprend les treize (13) directions régionales de santé ;
- le niveau périphérique est constitué des districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. On en dénombre soixante-dix (70) dont soixante-trois (63) fonctionnels au moment de l'enquête.

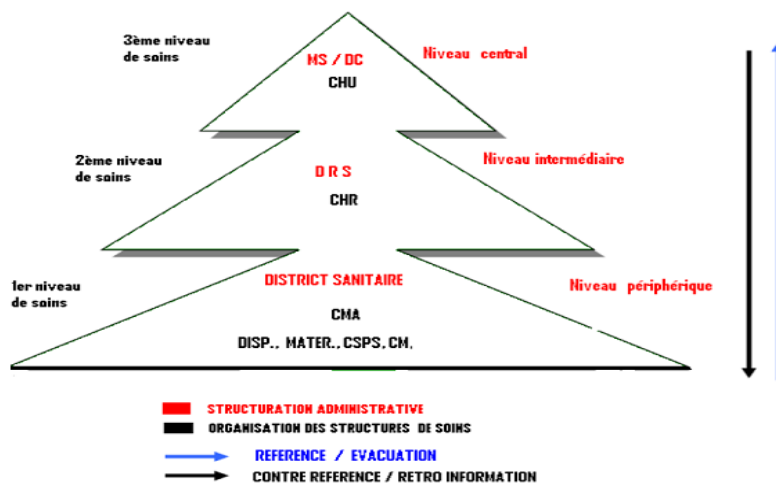
Le système national de santé comprend les sous-secteurs sanitaires publics, privés, celui de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

Quant à l'organisation et au fonctionnement de l'offre de soins, elles sont régies par la loi n°23/94/ ADP du 9 mai 1994 portant code de santé publique et l'initiative de Bamako adoptée en 200. Aux termes des dispositions de ladite loi, le système de santé est pyramidal et structuré en trois (03) niveaux. Par ailleurs, il faut noter l'importance de la médecine traditionnelle reconnue par la loi ci-dessus citée. Cette prise en compte a été opérationnalisée par la création d'une direction générale au sein du ministère de la santé.

La figure ci-dessous illustre le système de santé du Burkina Faso.

¹ Il s'agit du décret n°2016-006/PRES/PM du 8 février 2016 portant attributions des membres du gouvernement et de celui n° 2016-027/PRES/PM/SGG du 23 février 2016 portant organisation type des départements ministériels.

Figure 2: Structuration administrative et organisation des structures de soins au Burkina Faso



Source : Manuel de formation sur le système national d'information sanitaire, 1^{ère} édition, 2009.

Le premier niveau de soins comprend deux (02) échelons :

- le premier échelon opérationnel regroupe les CSPS et les CM. C'est à cet échelon qu'a lieu le premier contact entre un patient et un praticien de soin de santé. Ils assurent le paquet minimum d'activité (PMA). En 2015, on dénombrait mille sept cent soixante (1760) CSPS publics et cinquante-deux (52) CM ;
- le deuxième échelon opérationnel regroupe les hôpitaux de districts (HD) qui sont les Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA). Ils assurent le paquet complémentaire d'activité (PCA) et servent de référence pour les centres de santé du district. En 2015, on comptait quarante-six (46) CMA fonctionnels.

Le deuxième niveau de soins concerne les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) qui servent de référence aux CMA. L'accès à ce niveau de soins est conditionné par la présentation de la fiche de référence du CMA qui indique les motifs pour lesquels le recours au niveau supérieur est fait. En 2017 on compte huit (08) CHR fonctionnels.

Le troisième niveau est constitué par les centres hospitaliers universitaires (CHU). Ils assurent, entre autres, des soins spécialisés tertiaires, la formation des différentes catégories de personnels de santé, la recherche et le suivi évaluation dans le domaine de la santé. Ils servent de référence aux CHR. C'est le niveau de référence le plus élevé de notre système de santé au Burkina Faso. En 2017, on dénombre cinq (05) CHU fonctionnels.

En plus de ces formations sanitaires, il existe d'autres structures publiques de soins telles que le service de santé des armées, les offices de santé des travailleurs (OST), le Laboratoire national de santé publique (LNSP), le Centre national de transfusion sanguine (CNTS).

Le Burkina Faso compte quatre cent trente-huit (438) structures privées de soins dont quatre cent vingt-neuf (429) fonctionnels. On note une disparité dans la répartition géographique nationale. La CEP a noté une concentration dans les deux grandes villes que sont Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

I.2. L'état de santé de la population

Trois paramètres fondamentaux permettent de déterminer l'état de santé de la population. Il s'agit des caractéristiques et des déterminants de la santé, de l'état nutritionnel des populations et de la situation épidémiologique du pays.

I.2.1. Les caractéristiques et les déterminants de la santé

Notre système de santé est toujours caractérisé par des taux de mortalité élevés. Les statistiques de l'année 2016 du ministère de la santé renseignent que :

- le taux brut de mortalité est de 11,8 pour 1000 habitants ;
- le taux de mortalité maternelle est de 330/100.000 NV ;
- le quotient de mortalité infanto-juvénile est de 81,6/1000 NV ;
- l'espérance de vie est d'environ 56,7 ans à la naissance.

Le tableau ci-dessous présente les principaux indicateurs de la santé au cours des dix dernières années.

Tableau 1: Evolution des indicateurs de 2006 à 2016

Indicateurs	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
INDICATEURS DE MOYENS											
Rayon d'action moyen théorique en km	7,8	7,7	7,51	7,5	7,3	7,2	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7
Pourcentage des formations sanitaires (CSPS) remplissant les normes minimales en personnel	75	75,4	77	83,2	83,1	91,8	80,4	86,1	89,8	94,3	77,3
Ratio population /médecin	35204	32317	31144	22522	22063	22017	21320	21320	21573	15518	17973**
Ratio population/IDE	3719	3344	3105	2892	2803	5056	5280	5280	4965	4243	4156
Ratio population/SFE-ME	27600	23212	21135	17703	14883	12754	12702	12702	10888	7743	7404
Pourcentage de DMEG n'ayant pas connu de rupture de médicaments traceurs	ND	ND	ND	ND	91,7	91,8	80,4	75,9	81,3	77,0	28,0
SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT											
Taux de CPN4 (%)	ND	ND	16,9	20,5	22,3	25,5	31,2	28,5	33,1	34,1	35,0
Couverture VAT2 et + des femmes enceintes	81,4	89,1	86,3	92,3	92,3	90,9	92,7	93,0	94,0	93,5	93,1
% des accouchements assistés par un personnel qualifié	44,5	55,8	64	73,2	76	78,3	79,9	79	80	83,4	81,9
Taux de réalisation des césariennes (%)	0,1	1,3	1,3	1,4	1,6	1,8	2,5	2,1	2,3	2,4	2,3
Taux d'utilisation des contraceptifs	18,6	19,7	22,1	26,6	28,1	34,2	32,7	32,4	34,3	31,1	32,2
Proportion de femmes enceintes ayant réalisé le test VIH au cours de la CPN	45	43	40,7	51	56	66	71,1	82,3	85,7	85,2	84,9
Proportion de femmes enceintes séropositives ayant reçu les ARV pour la PTME	80,8	87,3	91	89	90,1	91	92,8	88,1	92,1	82,9	91,6
Proportion d'enfants ayant	ND	2,3	4,4	17,6	20,5	28,1	40	45,9	48,2	46,0	ND

bénéficié d'un prélèvement pour la PCR (y compris la DBS)												
Ratio de mortalité maternelle (/100 000 NV)	484	484	484	484	341	341	341	341	341	330	330	
Taux de mortalité néonatale (/1000 NV)	31	31	31	31	28	28	28	28	28	23	23	
Taux de mortalité infantile (/1000 NV)	81	81	81	81	65	65	65	65	65	43	43	
Taux de mortalité infanto-juvénile (/1000 NV)	184	184	184	184	129	129	129	129	129	81,6	81,6	
PALUDISME												
Létalité du paludisme chez les femmes enceintes (%)	2,9	0,8	0,7	1,1	0,3	0,9	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	
Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 (%)	8,7	ND	2,5	2,8	2,8	2,9	2,7	2,4	2,0	2,0	1,5	
Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI2	ND	ND	ND	ND	ND	62,0	52,6	54,8	66,8	66,7	68,2	
VACCINATION												
Couverture en Penta 3	99,1	102,1	103,5	102,9	103,2	104,0	102,9	101,5	103,1	105,3	103,0	
Couverture en VAR (ou RR)	82,6	93,7	97,6	99,4	99,3	100,5	100,2	99,8	99,7	96,9	99,9	
NUTRITION												
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)	ND	ND	ND	31,4	25,7	24,4	24,4	21,0	20,1	20,1	19,2	

Source : Ministère de la santé

Malgré les progrès effectués par le gouvernement dans les structures de soins pour renforcer le plateau technique, l'état de santé de la population reste préoccupant.

La mère et l'enfant constituent des groupes vulnérables. La situation de la santé de la femme reste marquée par une morbidité et une mortalité maternelle

encore élevées (330/100.000 NV). Les taux de morbidité et de mortalité chez l'enfant sont également élevés (mortalité néo natale 23/100.000 NV, mortalité infantile 43/1000NV, mortalité infanto-juvénile 86.1/1000NV). Les causes majeures de décès varient selon l'âge de l'enfant.

La situation de la santé des adolescents et des jeunes est influencée par des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestinement, des rapports sexuels précoces et non protégés, le multi partenariat, une prévalence élevée du VIH-SIDA et IST et de violences diverses.

La situation de la santé des personnes âgées est influencée par les affections liées au vieillissement ainsi qu'aux maladies non transmissibles. Ces personnes sont en outre exposées aux troubles psychiques.

La santé des groupes vulnérables est marquée par des maladies transmissibles et non transmissibles et reste caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées.

Les maladies chroniques non transmissibles qui étaient autrefois propres aux pays développés prennent de plus en plus de l'ampleur au Burkina Faso. La prévalence des maladies cardiovasculaires est élevée comme en témoignent les données de l'enquête STEPS 2013 dans la population de 25 à 64 ans : 17,6% d'hypertension, 4,9% de diabète, 75,8% des hommes et 77,9% de femmes présentent un faible taux de cholestérol protecteur (HDL). Selon l'OMS, cette situation évoluera en s'aggravant dans les prochaines années si rien n'est fait.

L'état de santé de la population tel qu'il se présente est expliqué dans une large mesure par les insuffisances de coordination multisectorielle de la nutrition, la mauvaise qualité des soins, le manque de plan stratégique de la gestion des urgences, l'insuffisance de la lutte contre les fléaux sociaux comme l'alcoolisme et le tabagisme et l'insuffisance de promotion de la santé.

La commission a retenu des exposés que les déterminants de la santé, les plus importants, qui constituent le fondement des stratégies d'amélioration de la santé, sont l'environnement (social, économique et physique), les facteurs

biologiques, le niveau d'instruction, les habitudes de vie et capacités d'adaptation, les facteurs démographiques et le système de santé.

I.2.2. L'état nutritionnel des populations

Sur la question de la nutrition, les statistiques fournies par la Direction générale de la santé indiquent que plus de 35% des décès d'enfants de moins de cinq (5) ans sont imputables à la malnutrition.

En 2016, les prévalences de la malnutrition aigüe, celles de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition chronique sont respectivement de 7,6%, 19,2% et 27,3% chez les enfants de moins de cinq (5) ans. L'anémie touche 83,4% des enfants de moins de cinq (5) ans, 62% des femmes en âge de procréer et 68,8% des enfants d'âge scolaire. Environ 40% des personnes âgées présentent une malnutrition quel que soit la forme. *source*

I.2.3. La situation épidémiologique du pays

Le profil épidémiologique du Burkina Faso est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris, l'infection à VIH et par l'augmentation du fardeau des maladies non transmissibles.

Les principales maladies d'importance en santé publique dont souffrent les populations sont le paludisme, les infections respiratoires aigües, les maladies diarrhéiques, la tuberculose, la malnutrition, le VIH/Sida, les IST, la lèpre et les maladies tropicales négligées (MTN) comme la filariose lymphatique. En Outre, le Burkina Faso est régulièrement confronté à des flambées épidémiques (méningite cérébro-spinale). Des efforts importants par la vaccination sont faits à travers les programmes élargis de vaccination (PEV).

La commission a constaté que les maladies non transmissibles sont en augmentation dans notre pays. Elles concernent, entre autres, les affections cardiovasculaires et les cancers (*qui constituent la première cause des évacuations sanitaires hors du pays*), les maladies métaboliques comme le diabète, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les troubles et les maladies

mentales, les maladies génétiques et les traumatismes dus aux accidents de la route.

Les données collectées par le système d'information sanitaire ne permettent pas d'appréhender l'ampleur de ces maladies, certes, mais il est rassurant de constater que certaines d'entre elles font actuellement l'objet de programme pour mieux les maîtriser. Il s'agit notamment des programmes portant sur le paludisme, le VIH/Sida, la méningite, les Maladies Tropicales Négligées, la tuberculose, la planification familiale...

II. CONSTATS : IRREGULARITES ET INSUFFISANCES

Les travaux de la CEP/Santé ont permis de relever les irrégularités et les insuffisances ci-dessous et portent sur les points suivants : les infrastructures, les équipements et la logistique, les ressources humaines, la formation et la recherche dans le domaine de la santé, la gestion des déchets biomédicaux, les structures privées de soins, la politique pharmaceutique et la mesure de gratuité des soins de santé.

II.1. Les infrastructures, les équipements et la logistique

II.1.1. Les infrastructures

La CEP a visité les structures de santé ci-après : cinq (05) CHU fonctionnels, huit (08) CHR fonctionnels, deux (02) CHR en construction, trente-huit (38) CMA fonctionnels, quatre (04) CM fonctionnels, trente-neuf (39) CSPS dont trente-huit (38) fonctionnels. **Nom du CSPS non fonctionnel**

Au regard des infrastructures visitées, la CEP a constaté que l'Etat a fait des efforts remarquables pour doter le pays d'infrastructures de santé. Cependant, elle a fait des constats d'insuffisances et d'irrégularités au niveau des infrastructures de l'ensemble de la pyramide. Ces insuffisances et irrégularités varient d'une structure à une autre du même niveau et d'un niveau de la pyramide à un autre niveau.

L'état synoptique des différentes structures se présente comme suit :

- les autres CHU en dehors du CHU BC, sont dépassés en termes de capacité d'accueil et ne sont pas conformes aux normes en matière d'infrastructures des unités de soins. En outre, ils présentent des plans architecturaux qui n'intègrent pas l'ensemble des systèmes d'approvisionnement en oxygène et n'ont aucune perspective d'agrandissement. A cela s'ajoute des problèmes d'aménagement de voirie et de réseaux de drainage (VRD) ;
- le CHUP CDG, seule référence pédiatrique, se trouve dépassé en terme de capacité d'accueil (27 pour environ 35% de la population du Burkina Faso) : insuffisance et exiguïté des locaux, impossibilité d'extension à cause de l'étroitesse du site, arrêt des travaux de construction du nouveau bâtiment des urgences pédiatriques ;
- les CHU ont des problèmes d'électricité et d'adduction d'eau potable (AEP) ;
- le plan architectural du CHUR-Ouahigouya est non adapté (à peine fonctionnel, il est déjà dépassé) ;
- le CHU-YO a un véritable problème d'infrastructures d'accompagnement et d'assainissement (absence de toilettes pour les malades et le personnel dans 80% des unités de soins,...);
- les salles de garde du personnel médical sont exiguës (étroites) dans la plupart des CHU et CHR ;
- les CHU Yalgado OUEDRAOGO et Sourou Sanou ont des bâtiments très vétustes et nécessite une réfection ;
- les CHR de Ziniaré et Manga sont en chantier ;
- des infrastructures inadaptées à certaines unités de soins telles que les CREN et la psychiatrie du CHU YO et CHUR OHG ;
- mauvaise exploitation de l'espace ;
- les CMA ont des bâtiments vétustes et délabrés ;

- le manque de clôture dans 11% des CMA visités ;
- l'absence dans certains CMA de bâtiments spécifiquement réservés aux dépôts MEG ;
- des bâtiments construits dans les années 1970 ont des plafonds en amiante (matière cancérogène) ;
- faible capacité d'accueil des salles d'hospitalisation ;
- infrastructures construites sans équipements et non ouverts

(cas du nouveau bâtiment pour la pédiatrie construit en 2015 par le PSUT au CMA de Yako, l'hôpital du jour pédiatrique de Bobo, le CMA de Pissy a des bâtiments construits depuis 2012 et qui ne sont pas équipés à ce jour, la maternité de Ouargaye n'est pas encore équipée) ;

- des CSPPS construits sans équipements et ne sont pas fonctionnels ;
- des logements du personnel para médical sont vétustes ;
- l'absence d'incinérateurs ou la non-conformité des incinérateurs existants dans la plupart des CHR, CMA et des CSPPS ;
- l'absence de morgue fonctionnelle dans la majorité des formations sanitaires.

Les données qui figurent dans le tableau ci-dessous ont été collectées auprès de 13 CMA sur l'existence, la fonctionnalité, le respect des normes et l'équipement de certaines unités de soins.

Tableau n°2: Récapitulatif des infrastructures abritant des unités de soins dans les CMA

Unités de soins	Existence (%)	Fonctionnelles (%)	Respect des normes (%)	Equipé (%)
Pédiatrie	81,81	90	18,18	30
Bloc d'opération	100	90	63,63	81,81
Maternité	100	100	54,54	90
CREN	45,45	80	37,5	30
Incinérateur	72,72	11,11	27,27	50

Morgue	72,72	66,66	18,18	54,54
Salle de réveil	63,63	50	50	25
Laboratoire	100	100	36,36	72,72
Pharmacie	63,63	100	50	55,55
Dépôt MEG	90	100	45,45	77,77
Urgence médicale	100	100	27,27	36,36

Source : CEP/santé, juillet 2017

Les données qui figurent dans le tableau ci-dessous ont été collectées auprès de 11 CSPS sur l'existence, la fonctionnalité, le respect des normes et l'équipement de certaines unités de soins.

Tableau n°3: Récapitulatif des infrastructures abritant des unités de soins dans les CSPS

Unités de soins	Existence (%)	Fonctionnelles (%)	Respect des normes (%)	Equipé (%)
Maternité	100	100	18.18	63.6
Dispensaire	100	100	54.54	72.7
Incinérateur	36.36	10	60	80
Dépôt MEG	99	100	10	72.7

Source : CEP/santé, juillet 2017

II.1.2. Les équipements et la logistique

Le gouvernement a fait des efforts pour relever le niveau du plateau technique des structures de santé notamment dans les CHU, CHR, CMA, OST, LNSP, Centre Muraz, CNTS et ENSP à travers un Plan Spécial d'Equipement (PSE) qui est mis en œuvre par la SOGEMAB. Les documents transmis à la commission font état non seulement d'équipements neufs acquis au profit de 4 CHU, 8 CHR, 38 Districts sanitaires et CMA, non opérationnels mais aussi des équipements non adaptés aux besoins de la structure en mai 2017.

La Commission d'enquête au cours de la sortie de terrain a constaté des disparités géographiques en matière d'équipements bio médicaux des différentes

structures de santé. Elle a également constaté que des équipements neufs livrés sont soit, défectueux soit hors d'usages à peine une année de fonctionnement.

L'approvisionnement des structures sanitaires en équipements biotechniques et leur maintenance est dévolue à la SOGEMAB (décret 2013-1217/PRES/PM/MICA/MEF/MS du 30 décembre 2013 portant transformation de l'AGEMAB en Société d'Etat). Toutefois les équipements sont fonction de la demande des structures sanitaires. La commission a constaté que :

- la SOGEMAB acquiert fréquemment des appareils inadaptés aux besoins des services ;
- l'intervention de la SOGEMAB sur les équipements bio médicaux (maintenance préventive et curative) dans les CHU, CHR et CMA est en deçà des attentes des utilisateurs et des responsables des hôpitaux ;
- les délais de livraison sont largement décalés par rapport aux besoins (livraison effective plus d'un an après l'expression des besoins, non-respect des délais prévus dans les contrats ou marchés) ;
- les maintenances se font avec un grand retard handicapant les structures sanitaires.

Les irrégularités constatées sont les mêmes au niveau des CHU, CHR, CMA et CSPS. Elles sont liées essentiellement à :

- l'absence de comptabilité matière dans les structures et formations sanitaires ; ce qui ne permet pas de faire le point de l'ensemble des équipements des structures et formations sanitaires au niveau national ;
- la livraison des équipements techniquement non conformes ;
- des équipements livrés sans accessoires ;
- des équipements livrés et non mis en service depuis deux (02) ans (radiologie de Yako, de Pama.....) ;
- des équipements livrés déjà endommagés (CMA de Boulsa) ;

- des équipements déposés à des endroits inappropriés et les structures bénéficiaires sont chargées de leur enlèvement (cas du chariot d'anesthésie de PAMA déposé au poste de péage) ;
- l'inadaptation des logiciels d'exploitation avec les appareils (radios du CHU YO, CHUP CDG, échographes du CHUR OHGY) ;
- le manque de matériel de stérilisation adéquat dans certains CSPS.

Les insuffisances constatées sont les mêmes au niveau des CHU, CHR, CMA et CSPS. Ce sont essentiellement :

- l'insuffisance en équipements medicotechniques dans l'ensemble de la pyramide ;
- l'absence de maintenance préventive dans plusieurs CHU, CHR et CMA ;
- la non maîtrise du planning de la maintenance préventive du fait de la situation de monopole conférée à la SOGEMAB dans le contrat plan avec l'Etat ;
- le manque de réactivité de la SOGEMAB dans la maintenance curative (le délai très long d'intervention après l'interpellation de la SOGEMAB pour les pannes) ;
- les coûts très élevés de la main d'œuvre de la SOGEMAB pour l'entretien et la réparation des équipements ;
- l'insuffisance d'entretien des équipements par le personnel utilisateur ;
- l'inadaptation des logiciels de gestion de certains équipements livrés par la SOGEMAB ;
- le manque de kits, d'outillage de maintenance et de réparation des équipements.

La maintenance des équipements bio médicaux est en grande partie assurée par la SOGEMAB. Les autres prestataires en matière de maintenance sont les services de maintenance des CHU et CHR, les techniciens de maintenance (un par région) et les prestataires privés.

En ce qui concerne la logistique et le mobilier, les irrégularités et insuffisances constatées sont les mêmes au niveau des CHU, CHR, CMA et CSPS. Elles sont essentiellement relatives :

- au manque de logistique adéquate et suffisante (à titre illustratif, le CMA de YAKO ne dispose que d'une seule ambulance fonctionnelle pour les évacuations dans cinquante-six (56) CSPS) ;
- à la vétusté des ambulances et à la détérioration précoce à cause du mauvais état des routes ;
- à l'absence d'ambulances médicalisées ;
- à l'insuffisance des motos pour la stratégie avancée dans les CSPS ;
- à l'insuffisance de véhicules de supervision dans les districts ;
- à l'insuffisance de la logistique roulante utilitaire ;
- à l'insuffisance de mobiliers roulants médicaux dans certains CHU, CHR, CMA et CSPS.

III. LES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines représentent l'ensemble du personnel du secteur de la santé publique déployé sur le territoire national pour offrir des soins de qualité. Malgré les efforts de l'Etat pour le recrutement du personnel médical et para médical, la répartition géographique de ce personnel pose un problème d'utilisation rationnelle et efficiente.

Selon les personnes auditionnées, les effectifs du personnel médical et para médical du secteur public de la santé présentent des insuffisances aussi bien sur le plan qualitatif que quantitatif.

A cette insuffisance quantitative et qualitative, se greffe une disparité notoire dans la répartition géographique du personnel.

III.1. Les outils de gestion des ressources humaines

Pour offrir des soins de qualité, en plus d'un plateau technique adéquat, il faut des RH compétentes. Les principes et outils ci-dessous constituent des éléments nécessaires pour l'atteinte de cet objectif. Il s'agit :

- du respect des normes en personnel ;
- du manuel de procédure de gestion en matière de ressources humaines ;

- du répertoire des emplois et de description des postes de travail ;
- du dossier individuel du personnel à jour ;
- du dossier du personnel ;
- du fichier numérique de personnel actualisé.

La commission a constaté qu'aucun CHU ne respecte les normes en matière de gestion du personnel médical et paramédical, que seulement 12% des CHR respectent les normes dans ce domaine. Enfin, seulement 27% des CMA respectent les normes en matière de personnel médical et paramédical. En effet, les exemples ci-dessous illustrent le non-respect des normes :

- l'absence de spécialistes pour certaines pathologies ;
- les capacités des structures sanitaires en personnel sont dépassées par rapport aux besoins en soins ;
- l'inexpérience du personnel de santé en milieu rural due à sa jeunesse (les élèves en fin de formation sont souvent affectés directement dans les CSPS).

III.2. Les effectifs des agents de santé

A ce niveau certains CHR, CMA et CSPS disposent d'effectifs pléthoriques alors qu'autres ont des ressources humaines insuffisantes. Aussi, la CEP a noté l'instabilité du personnel en milieu rural.

III.3. La formation

Dans les différentes formations sanitaires visitées par la CEP/Santé, le problème de la formation des agents se pose avec acuité. En effet, le personnel rencontré au niveau des CHR, des CMA et des CM/CSPS a déploré l'insuffisance sinon l'absence de formation, de recyclage pour la mise à niveau notamment des nouveaux protocoles de traitement.

Les structures sanitaires ci-dessus sont dans l'impossibilité de prendre en charge les formations des agents de santé sur fonds propres avec prise en charge des participants. Malheureusement, le niveau central n'associe pas les hôpitaux qui

sont des structures de référence dans les formations sur les nouveaux protocoles de soins.

III.4. La répartition géographique du personnel

La commission a observé une disparité dans la répartition géographique du personnel. En effet, les deux (02) villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso concentrent à elles seules plus de la moitié des effectifs :

- 53,7% des médecins ;
- 57,3% des sages-femmes ;
- 59% des pharmaciens ;
- 33 % des infirmiers toutes catégories confondus.

III.5. La motivation du personnel

Malgré les efforts fournis par le personnel pour offrir une meilleure qualité de soins, la motivation reste toujours en deçà des attentes au regard des sacrifices consentis par certains agents. Les agents se trouvant souvent dans les zones rurales sans électricité, sans logement adéquat, sans cadre de loisir pour eux et leurs familles sont souvent démotivés par ces facteurs exogènes au vu de leur niveau de motivation indemnitaire qui est le même que ceux des centres urbains. Il faudra alors penser à octroyer des indemnités compensatoires pour corriger l'injustice de traitement indemnitaire lié au dépaysement de ces agents. Ces indemnités doivent être fixé sur la localité et tout agent qui y est affecté doit en bénéficier et en partant l'indemnité est automatiquement annulé/supprimé.

IV. LA FORMATION ET LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

IV.1. La formation

La formation des agents médicaux et para médicaux est assurée aussi bien par le secteur public que privé.

IV.1.1. Le secteur public

En ce qui concerne le secteur public, trois universités (UFR-SDS à Ouagadougou, INSSA à Bobo Dioulasso, ESSA à Ouahigouya) forment des médecins. Six écoles nationales de santé publique (ENSP) forment des Infirmiers d'Etat (IDE), des Sages-Femmes et Maïeuticiens d'Etat (SFE-ME), des Attachés de santé, des Garçons et filles de salles (GFS), des Accoucheuses brevetés (AB) et des Agents itinérants de santé (AIS).

Des formations sont également assurées à travers certains programmes. C'est le cas du Programme sectoriel santé de lutte contre le SIDA et les IST qui assurent des formations aux médecins, le Programme national de lutte contre la tuberculose qui offre des formations aux infirmiers,...

Dans le domaine de la santé animale, l'Ecole Nationale d'Elevage et de Santé Animale (ENESA) assure la formation des agents Techniques d'Elevage (ATE), des Techniciens Supérieurs d'Elevage (TSE) et des Aides laborantins. Les docteurs vétérinaires, quant à eux, sont formés à Dakar, au Maroc, en Tunisie, en France, etc. Les formations qu'ils reçoivent intègrent des aspects liés à la santé humaine au vu de l'interdépendance des deux domaines.

Sur le plan pédagogique, les acteurs ont relevé, au plan national, la baisse de la qualité de formation des agents de santé dans les écoles et des difficultés dans l'élaboration et la mise en œuvre de certains programmes de formation prévus dans le Tableau d'organisation des emplois spécifiques (TOES) du Ministère de la santé. La commission a également noté dans ce domaine, l'insuffisance d'infrastructures, de laboratoire et de matériel pédagogique, informatique, didactique et audiovisuel. Elle a pris acte de l'inexistence de laboratoire de compétence dans certaines directions régionales, de la vétusté du matériel logistique, de la faible disponibilité des enseignants vacataires ; ce qui induit un retard dans l'exécution des programmes.

La commission d'enquête parlementaire sur le système de santé a enquêté sur une université (l'INSSA à Bobo) et cinq (05) Ecoles nationales de santé publique

(ENSP) dans les villes de Bobo-Dioulasso, de Ouagadougou, de Ouahigouya, de Fada et de Tenkodogo.

De manière générale, toutes les ENSP qui ont été visitées ne respectent pas l'ensemble des normes de recrutement et de formation. Le constat fait ressortir des irrégularités au niveau de l'enseignement des curricula, du volume horaire par module, des effectifs par classe, du stage en milieu rural, de la dotation des kits des recrues sur titre et des frais de formation qui diffèrent d'une école à une autre.

En matière de recrutement et au regard des normes de l'OOAS, la Commission a constaté que :

- les ENSP sont les seules écoles de la sous-région qui ne recrutent pas dans les filières IDE et SF/ME avec le diplôme du BAC comme l'exigent les directives de l'OOAS. Cette situation explique l'affluence des ressortissants des pays voisins vers les ENSP ;
- l'obsolescence des programmes enseignés (rapport du deuxième conseil pédagogique des ENSP tenu à Ouagadougou du 23 au 24 mai 2017) ;
- les formateurs sont à cheval entre les ENSP et les écoles privées de santé ;
- la signature des conventions entre l'ENSP Ouaga et certaines écoles privées (cas de Wend Panga) pour la formation de leurs élèves dans le laboratoire de l'ENSP bien qu'elle ne dispose pas, elle-même, de laboratoire bien équipé et suffisant pour ses propres effectifs qui sont pléthoriques ;
- le non-respect des normes de l'OOAS en ce qui concerne le recrutement des enseignants. En effet, les directives de l'OOAS exigent le niveau master pour être enseignant dans une école de formation de santé. Au niveau de l'ENSP, certains enseignants notamment les permanents ne remplissent pas cette condition.

Concernant les recrutements complémentaires, des manquements aux dispositions réglementaires ont été observés dans les conditions de recrutement des effectifs complémentaires des filières IDE et SF/ME. A titre illustratif, les communiqués de 2015 et 2016 de la Direction Générale de l'ENSP reprennent les mêmes dispositions concernant les conditions de recrutement qui, dans la

Commenté [c1]: Annexe à joindre

pratique cependant ne sont pas respectées (recrutement avec le diplôme du BEPC ou simplement avec l'attestation de la classe de terminale).

Par ailleurs, le recrutement pour complément d'effectifs est en passe de devenir le principal motif de l'existence des ENSP car les effectifs des concours directs et professionnels sont nettement inférieurs à ceux des inscrits sur titre.

Quant à la baisse de la qualité de la formation, elle est imputable à plusieurs facteurs notamment les effectifs pléthoriques par classe et l'absence de laboratoire adéquat. On note ainsi :

- les IDE première année de l'ENSP Bobo : trente-quatre (34) élèves sont issus du concours direct, zéro pour les professionnels et cent quarante-cinq (145) pour les inscrits sur titre soit 81% de l'effectif total ;
- les IDE troisième année de l'ENSP de Ouahigouya : quarante-deux (42) élèves sont issus du concours direct, soixante-six (66) pour les professionnels et cent quatorze (114) pour les inscrits sur titre soit 51% de l'effectif total ;
- les AISHC deuxième année de l'ENSP de Fada N'Gourma : il y a zéro (00) élèves du concours direct, dix (10) pour les professionnels et cent trois (103) pour les inscrits sur titre soit 91% de l'effectif total ;
- la fonction publique burkinabè ne recrute plus sur concours direct dans les filières comme les IB et les AA. Les effectifs de l'Etat dans ces filières au niveau des ENSP ne concernent que les concours professionnels ;
- au niveau des IB 1^{ère} et 2^e années de l'ENSP Fada : sur les quatre-vingt-douze (92) inscrits privés, il n'y a que trois (03) nationaux (concours professionnels) contre quatre-vingt-neuf (89) inscrits de nationalités étrangères.

Par ailleurs, la proportion des effectifs d'autres nationalités dans les filières IDE et SF/ME a attiré l'attention de la Commission. Les statistiques ci-dessous font le récapitulatif de la seule ENSP de Ouahigouya.

Tableau n°4: Effectifs des inscrits privés en IDE/SFME de l'ENSP de Ouahigouya

FILIERES	Total général des inscrits privés	Inscrits privés d'autres nationalités	Pourcentage des inscrits d'autres nationalités sur les IP
IDE/SFME 1 ^{re} année TC	116	35	30,1%
IDE 2 ^e année	105	24	22,8%
SFME 2 ^e année	41	15	36,5%
IDE 3 ^e année	114	23	20,1%
SFME 3 ^e année	41	10	24,3%
TOTAUX	317	107	33,7%

Source : CEP/Santé juillet 2017, données collectées auprès des ENSP

concernant la conformité des dossiers, les constats suivants ont été faits :

- à l'ENSP de Bobo Dioulasso, pour les inscriptions sur titre, sur cinquante-sept (57) dossiers examinés au niveau de la 1^{ère} année SF/ME seuls quarante-quatre (44) sont plus au moins conformes et les treize (13) autres ne contiennent que la quittance de recette en numéraire et l'attestation d'inscription délivrée par la Direction générale de l'ENSP ;
- pour les élèves de la 1^{ère} année IDE de l'ENSP Bobo, sur cent quarante-cinq (145) inscrits sur titre, cent trente (130) dossiers ont été présentés à la CEP/Santé. Les quinze (15) autres élèves en formation à l'ENSP n'ont pas de dossiers donc inconnus des effectifs de ladite école. Aussi, il faut noter que soixante-dix (70) dossiers seulement sont conformes et les soixante (60) autres dossiers non conformes pour absence, soit de la copie légalisée du BEPC, soit du relevé des notes du BAC, soit de l'attestation de niveau de la classe de terminale.

La formation des élèves de l'ENSP se passe en deux (02) phases à savoir la formation théorique et le stage.

Au niveau de la formation théorique, la CEP a constaté qu'il y a deux (02) types de formateurs :

- les permanents ;
- les vacataires.

Des formateurs atypiques ont été constatés à l'ENSP de Bobo Dioulasso après analyse des programmes des cours. A titre d'exemple, le coordonnateur du tronc commun SF/ME première année, technicien bio médical de profession, dispense à lui seul neuf (09) matières que sont : technique de laboratoire, prévention de l'infection, transfusion sanguine, microbiologie, parasitologie, travaux pratiques (tronc commun), travaux pratiques PF/SFME3, travaux pratiques SONU/SFE2, travaux pratiques PF/SFE2.

Au niveau des stages en milieu rural, la CEP constate que les stagiaires sont très bien appréciés par le personnel médical des CSPS et CMA car ils contribuent à renforcer les ressources humaines de la structure. Le problème de logement des stagiaires en milieu rural est crucial.

Les difficultés liées aux conditions de formation des élèves de l'ENSP, constatées par la CEP sur le terrain figurent dans le rapport du 2^e Conseil pédagogique des ENSP, tenu à Ouagadougou du 23 au 24 mai 2017 et concernent les points suivants :

- en matière de formation théorique, les taux d'exécution des programmes ne sont pas satisfaisants dans certaines écoles (31,5% pour les IDE2 de l'ENSP Ouahigouya à la date du 05 mars 2017, 28% pour les AA1 de l'ENSP de Fada à la date du 05 mars 2017) ;
- en matière de stage pratique, les taux d'exécution des stages sont faibles dans certaines écoles et les effectifs au niveau des terrains de stage sont pléthoriques ;
- au niveau des effectifs par classe, on note une pléthore d'élèves dans les différentes filières et classes ;
- en matière de laboratoire, il y a une insuffisance du matériel pédagogique et le manque de matériel de TP.

IV.1.2. Le secteur privé

A ce niveau, c'est l'Université Saint Thomas d'Aquin à Ouagadougou qui assure la formation des médecins généralistes. Par ailleurs, on dénombre 47 écoles de formation en santé. Chaque école privée de santé élabore son projet d'établissement. A l'instar des écoles nationales de santé publique, ces écoles privées dont la plupart sont implantées dans les centres urbains forment des Infirmiers d'Etat (IDE), des Sage-femme et Maïeuticiens d'Etat (SFE-ME), des Garçons et filles de salles (GFS), des Accoucheuses auxiliaires ou brevetés et des Agents itinérants de santé (AIS).

Des insuffisances et des irrégularités ont été constatées à tous les niveaux.

En matière d'autorisations de création, d'ouverture et d'exploitation, la plupart des EPS ne dispose pas de l'ensemble des documents normatifs pour la création, l'ouverture et l'exploitation.

Certaines situations sont imputables aussi bien aux EPS qu'à l'administration centrale du fait de la lenteur administrative, du non suivi des dossiers et du contrôle de l'exercice dans le domaine. La majorité des documents d'autorisation de création et d'ouverture des EPS ne sont pas des arrêtés mais, de simples lettres du Secrétaire général du Ministère des enseignements secondaire et supérieur avec la mention « *NB : L'arrêté portant autorisation définitive d'ouverture vous sera signé en temps opportun* »! Ce temps opportun n'est pas arrivé jusqu'à la date de notre enquête malgré les années passées.

Le cas de l'EPS Wend Panga a retenu l'attention de la CEP. En effet, l'autorisation d'ouverture matérialisée par un arrêté de 2012 est antérieure à l'autorisation de création qui date de 2015. Ce qui veut dire que l'école a fonctionné avant sa création.

Par ailleurs, dans la pratique, toutes les écoles ouvrent les filières de formation avant de demander l'autorisation de création, d'ouverture ou d'extension de filières.

En matière de respect des principes normatifs, la quasi-totalité des EPS est en deçà des normes exigées pour leur fonctionnement (statut des fondateurs, infrastructures, équipements, effectifs, volume horaire, curricula, qualification des formateurs, etc.).

Concernant le statut des fondateurs, certains sont des agents de l'Etat dont le statut est incompatible avec l'exercice d'activités à but lucratif (cas de l'EPS Sciences nouvelles où le fondateur est un pharmacien au laboratoire du CHU-YO ; cas de l'EPS Elohim où la fondatrice est un agent comptable à la SONABEL).

S'agissant des infrastructures et des équipements, le bâtiment de l'EPS Notre Dame du Perpétuel Secours à Ouagadougou ne répond pas aux normes de construction (un immeuble de type R+2 en construction abrite en même temps les activités pédagogiques et d'internant pour certains élèves. Il ne dispose d'aucun document règlementaire pour les travaux de construction du bâtiment, deux (02) bureaux au niveau du bloc administratif et une (01) salle de classe au R+2 servent d'internant, les mesures sécuritaires non respectées et l'absence de laboratoire pour les TP...).

A l'EPS Sciences nouvelles, le bâtiment abritant le siège et les deux salles de cours est un bâtiment commercial avec des boutiques au rez-de-chaussée. Par ailleurs, au 1^{er} étage, la salle de tronc commun jouxte un salon de coiffure. Les escaliers ne sont ni éclairés ni carrelés et les garde-fous sont défailants. Dans ces deux salles, il n'existe pas de peinture ni de brasseurs. L'école ne dispose pas non plus de laboratoire pour les TP, de bibliothèque, d'infirmerie pour les élèves et de dépôt de produits de base. Les volumes horaires ne sont pas respectés et les curricula ne sont pas administrés de manière complète. Les enseignements sont au rabais ce qui influence négativement le niveau des futures agents para médicaux et la qualité de leur formation est très inquiétante.

Quant au niveau de recrutement, la CEP a constaté d'énormes irrégularités. En effet, l'examen des dossiers individuels des élèves fait ressortir, entre autres, des irrégularités dans les normes d'admission aux filières de formation.

A l'Ecole Privée de Santé Elohim de Bobo Dioulasso il a été constaté :

- le recrutement d'une élève en SF/ME pour la promotion 2015-2018 qui a eu son BEPC en 2015 et qui a une attestation de la classe de terminale de 2015 (notre système scolaire ne permet pas de faire le secondaire sans le BEPC) ;
- en IDE 3^{ème} année, la Commission a constaté une inscription avec un CAP option habillement et fabrication industrielle.

A l'EPS Sainte Edwige de Dédougou :

- une situation non conforme en matière de recrutement des élèves (un élève de IDE 2^{ème} année en 2017 a obtenu son BEPC en 2015) ;
- des formateurs enseignent de manière expéditive des matières de 7 heures à 12 heures et de 15 heures à 20 heures le même jour.

La commission a noté que la majorité des EPS ne dispose pas de laboratoires même celle qui en dispose ne sont pas conforme. Celles-ci manquent de matériels et d'équipements adéquats pour leur fonctionnement.

En matière de suivi évaluation du fonctionnement des EPS (activités pédagogiques et respect des normes), la commission a constaté que les directions régionales de la santé et l'inspection technique n'assurent pas le contrôle des activités des écoles privées de santé ; ce qui entraîne des pratiques non conformes qui influencent négativement la qualité de la formation des élèves. Le manque fréquent de suivi évaluation par les structures centrales et déconcentrées du MS amène la quasi-totalité des EPS à pratiquer le recrutement de masse au détriment de la qualité. L'aspect pécuniaire a pris le dessus sur l'objectif initial qui est la contribution du privé à la formation et offrir un personnel de qualité à l'administration publique.

En matière de gestion des stages, il y a une inadéquation entre les effectifs et le potentiel d'encadrement des élèves. L'insuffisance du contrôle par les organes administratifs ne permet pas de vérifier le respect des cahiers de charges.

Pour les stages en milieu rural des élèves, les EPS entretiennent des relations avec les structures d'accueil (formations sanitaires publiques) à travers la signature de conventions de stage. Cependant, certaines EPS ne disposent pas de

conventions car elles n'ont pas pu les fournir. On note aussi que les élèves des EPS s'acquittent d'un montant de deux mille cinq cents (2.500)F CFA par an pour leur stage en milieu rural auprès de la structure d'accueil.

IV.2. La Recherche

La recherche en matière de santé est une mission des CHU et des Centres de recherche.

Les Centres hospitaliers universitaires ont pour rôle, en plus des activités de soins, de participer à des activités de recherche, d'assurer la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique et la recherche appliquée en matière de santé. Malgré la mission de recherche et la volonté des hospitalo-universitaires, force est de constater que le domaine de la recherche souffre de manque de moyen matériel et financier. La CEP a constaté dans l'unité de cardiologie du CHU Yalgado Ouédraogo que certains appareils sont en panne depuis 2013 (exemple de l'échocardiographe) ce qui ne facilite pas les travaux de la recherche et la formation des DESS. La commission a pu apprécier à quel point le manque d'équipements et de consommables dans nos hôpitaux pour l'exercice pratique de la profession et les recherches compromettent le processus d'accréditation de la filière de cardiologie. En dehors du CHU Blaise Compaoré, les autres CHU rencontrent ces mêmes difficultés.

Certains programmes prennent en compte la recherche. C'est le cas du programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées et du programme national de lutte contre la tuberculose. Le programme d'appui à la politique sectorielle santé (phase2) quant à lui comprend un appui budgétaire sectoriel et des actions de recherche. Il s'étend de 2017 à 2020.

La Commission a pu visiter deux centres de recherche en santé (Centre de recherche en santé de Nouna et celui de Nanoro) sur les cinq Centres que compte le pays.

Les insuffisances relevées pendant les auditions et confirmées lors des visites de terrain se résument principalement à :

- la non valorisation des résultats de la recherche au plan national ;
- le faible soutien de l'Etat dans le financement de la recherche ;
- l'absence de coordination dans les activités de recherche.

V. LA GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX

Selon la loi n°022-2005 portant code de l'hygiène publique au Burkina Faso, sont considérés comme déchets biomédicaux tout déchet solide ou liquide provenant des produits de diagnostic, de suivi et de traitement préventif et curatif ou de recherche en matière de médecine humaine et vétérinaire.

La gestion des déchets biomédicaux constitue donc un maillon très important de notre système de santé. Cette gestion, devrait se faire logiquement suivant les règles bien définies dans le décret n°2008-009/PRES/PM/MS/MECV du 10 janvier 2008 portant organisation de la gestion des déchets biomédicaux et assimilés. L'organisation de la gestion des déchets bio médicaux, comprend plusieurs étapes à savoir la collecte, le tri, le transport, l'incinération et l'élimination. Ce processus nécessite que l'on prenne des mesures importantes pour une gestion efficace des déchets biomédicaux.

Dans les faits, le problème des déchets bio médicaux se pose avec acuité dans la plupart des hôpitaux publics parce que la gestion est inappropriée. A titre d'exemple, le CHU-YO ne dispose pas de bacs de transport interne de ces déchets ni d'incinérateurs fonctionnels.

Pendant les sorties de terrain, la CEP a constaté que la collecte des déchets se faisait par nature dans des contenants de différentes couleurs retenues à cet effet. Mais, leur entreposage qui devrait se faire selon les normes requises connaît de sérieuses difficultés dans la quasi-totalité des structures sanitaires. Il en est de même du transport qui doit se faire dans des conditions de sécurité jusqu'au lieu de destruction (sans possibilité de se déverser en cours de route). Aussi, pour leur élimination, des méthodes adaptées doivent être utilisées afin d'éviter des risques de pollution de l'environnement.

La Commission a observé qu'il existe à tous les niveaux de notre pyramide sanitaire de nombreuses insuffisances et irrégularités qui gagneraient à être corrigées afin d'éviter que les DBM ne soient des sources d'autres infections aussi bien pour le personnel de santé, les agents chargés de la collecte, les malades et accompagnants, que ceux chargés de les transporter et de les détruire.

Aussi au titre des insuffisances et des irrégularités, la CEP a pu constater :

- un manque de personnel spécialisé dans la gestion des DBM ;
- un enfouissement sans traitement préalable ;
- une absence ou panne d'incinérateur (l'incinération se fait à ciel ouvert) ;
- un manque de local adéquat pour le stockage des DBM ;
- un manque de matériels appropriés destinés à la collecte (gants, sacs poubelles, boîtes de sécurité ; ce qui amène les praticiens à utiliser les bidons pour les objets tranchants : lames de bistouris, aiguilles) ;
- des dépôts sauvages des déchets collectés ;
- un manque de système de contrôle ;
- un manque de vidoirs dans la plupart des maternités.

De ce qui précède, la gestion des déchets biomédicaux est d'une importance capitale. De ce point de vue, elle ne saurait être confiée à des non professionnels.

VI. LES STRUCTURES PRIVEES DE SOINS

Composante **essentielle** du système de santé de notre pays, le sous-secteur sanitaire privé a connu un essor considérable depuis la politique de libéralisation des années 1990. Le dernier recensement des établissements sanitaires privés de soins (ESPS) date de 2014 avec, pour objectif d'identifier, de vérifier l'adéquation entre la nature des ESPS et le niveau de leur plateau technique afin de les classer selon la nomenclature établie par le ministère. Il a été fait sur la base de l'arrêté interministériel n°2006-111/MS/MCPEA/MFB du 06/06/2006 portant définition, classification et nomenclature des établissements sanitaires privés.

Cet arrêté interministériel distingue deux catégories d'établissements sanitaires privés de soins : les établissements hospitaliers et les établissements non hospitaliers.

Les établissements hospitaliers ont pour missions d'assurer le diagnostic, le traitement, la surveillance et l'hospitalisation des malades. Ils sont de quatre types : la clinique, la polyclinique, le centre médical et l'hôpital.

Les établissements non hospitaliers sont des structures médicales (les cabinets médicaux et les cabinets dentaires) et para médicales (les cabinets de soins infirmiers, les cliniques d'accouchement et les centres de santé et de promotion sociale) qui ne sont pas autorisées à hospitaliser des malades.

Il ressort du recensement des établissements sanitaires privés de soins effectué en septembre-octobre 2014 que le Burkina Faso compte 438 ESPS dont 429 fonctionnels.

Les ESPS fonctionnels sont concentrés principalement dans la région du Centre avec plus de la moitié des effectifs (54,55%) et dans une moindre mesure dans la région des Hauts- Bassins (21,45%). Ces deux régions comptent plus de 75% des ESPS fonctionnels du pays alors que la région sanitaire du Centre-Sud est la moins dotée avec seulement trois (03) ESPS suivie du Sud-Ouest qui en compte quatre (04).

Suite aux auditions, la Commission a effectué des sorties sur le terrain au cours desquelles elle a visité quatre centres médicaux privés (le Centre médical Bethesda, le Cabinet de soins infirmiers « la Grace », le Cabinet de soins infirmiers Wendmanegda et le CSPS Wendmanegda) et trois cliniques privées (la clinique Sainte Bernadette, la clinique médico-chirurgicale Sedogo et la Clinique Saint Léopold). **Ajouter la clinique de Ouahigouya (confère Gérard)**

Les insuffisances et les irrégularités relevées sont :

- l'absence de documents d'ouverture (certaines structures ne disposent pas d'autorisation d'ouverture et d'exploitation) ;
- l'ouverture de laboratoire et la consultation de spécialistes au sein de certains cabinets de soins infirmiers (cas du centre médical Bethesda) ;

- les blocages dans l'approvisionnement en produits sanguins ;
- le régime juridique des cliniques est assimilé à celui d'une activité commerciale ;
- la mauvaise perception de la mutualisation des ressources humaines des secteurs public et privé de santé ;
- le retard de l'administration publique dans la délivrance des actes de normalisation des ESPS ;
- l'insuffisance de contrôle de l'inspection générale des services pour vérifier le respect des cahiers de charges par les établissements privés ;
- la disparité de la tarification des actes professionnels ;
- les difficultés de la mise en œuvre de la pharmacie hospitalière ;
- les difficultés d'encadrement des élèves et étudiants lors des stages pratiques (liées aux effectifs pléthoriques) ;
- la concurrence déloyale entre les ESPS conventionnés qui ne respectent pas les clauses de la convention en matière de tarification des actes et les ESPS non conventionnés ;
- la concurrence déloyale entre les ESPS non conventionnés dont les promoteurs travaillent exclusivement au privé et les ESPS dont les promoteurs sont des fonctionnaires de l'Etat qui travaillent au public et au privé cumulativement ;
- l'absence d'incinérateur pour la gestion des déchets biomédicaux dans la majorité des formations sanitaires privés ;
- le faible niveau d'équipements des ESPS.

VII. LES OFFICINES PHARMACEUTIQUES

Durant la sortie de terrain, la CEP/Santé a visité cinq (5) officines pharmaceutiques. Il s'agit de :

- la pharmacie du Nord de Ouahigouya ;
- la pharmacie Dandié de Diébougou ;

- la pharmacie Avicenne de Boussé ;
- la pharmacie Kouritenga de Koupèla ;
- la pharmacie Ouendtongo de Mogtèdo.

Les constats et informations recueillis par la CEP/Santé peuvent être regroupés dans les thématiques suivantes :

VII.1. Sur le plan des documents administratifs

Trois (03) pharmacies disposent des documents d'autorisation de création et d'ouverture. Pour des raisons diverses, la Commission n'a pas pu se procurer lesdits documents dans deux (02) pharmacies (absence du propriétaire).

VII.2. Sur le plan de l'approvisionnement

Selon certains documents que la Commission a pu vérifier, les pharmacies visitées s'approvisionnent au niveau des structures agréées notamment la CAMEG et des grossistes pharmaceutiques comme Ubipharm, Tédis pharma, Laborex, etc.

Les irrégularités constatées sont :

- au niveau de la pharmacie du Nord, l'existence d'un laboratoire d'analyse médicale incorporé à ladite pharmacie (absence de document d'autorisation d'ouverture);
- la cohabitation entre les officines et les dépôts pharmaceutiques (en violation des textes);
- les prescriptions de certains médecins qui ne respectent pas les règles en la matière.

Les insuffisances relevées sont :

- le problème de conservation des produits (absence de climatiseurs, absence de thermomètre mural) ce qui ne permet pas de sécuriser les produits ;
- l'indisponibilité de certaines molécules à la CAMEG ;
- l'insuffisance de contrôle : en 13 ans de fonctionnement, la pharmacie du Nord n'a reçu que deux contrôles du niveau central. La faiblesse du contrôle de l'Etat a également été pointée du doigt par la pharmacie Dandié ;

- la classification de certains produits de la liste des médicaments du Ministère de la santé comme non médicaments sur la liste de la Douane ; ce qui entraîne une augmentation du prix de ces derniers ;
- le risque de détérioration des médicaments au niveau de l'entrepôt de la Douane qui n'est pas adapté.

VII.3. La politique pharmaceutique et la pharmacie hospitalière

La politique pharmaceutique et la pharmacie hospitalière constituent des maillons très importants dans le système de santé.

VII.3.1. La politique pharmaceutique

La politique pharmaceutique est le référentiel de portée nationale, qui exprime la vision, le but, les objectifs et les interventions stratégiques du gouvernement pour le développement du sous-secteur pharmaceutique. Elle a été adoptée en 1996 et révisée en 2009 pour intégrer les nouvelles priorités en matière de développement sanitaire et aussi tenir compte de l'évolution du contexte sanitaire avec de nouvelles problématiques liées à la gestion du droit de propriété intellectuelle sur le médicament.

Selon le décret n°2011/156/PRES/PM/MS du 24 mars 2011, sa mise en œuvre est assurée par la DGPML, l'Inspection technique des services de santé (ITSS), le LNSP et le Centre de documentation et d'information sur le médicament (CEDIM).

La DGPML est chargée du suivi et du contrôle de la réglementation, de la délivrance des licences pharmaceutiques et de la sécurisation des approvisionnements pharmaceutiques. Elle est également chargée des laboratoires, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

En ce qui concerne les MEG, l'approvisionnement du secteur public est assuré par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG) qui bénéficie d'une situation de monopole.

Dans le secteur privé, des grossistes assurent l'approvisionnement en médicaments de spécialités (Ubipharm, Laborex, Tedis Pharma, DPBF, Faso Galien, Multi M, ISDA, Alter Pharma, Dipro Pharm, Wed Pharma, Copharmed, Pharma international, ...).

Selon les statistiques communiquées par la DGPML, en 2016, notre pays comptait environ mille neuf cent (1900) dépôts MEG fonctionnels dans l'ensemble des formations sanitaires de premier niveau. Ceux-ci étaient approvisionnés par soixante-dix (70) Dépôts répartiteurs de district (DRD). La présence de pharmaciens dans la plupart des districts sanitaires a permis d'améliorer la qualité du réseau de distribution des produits pharmaceutiques.

Concernant le secteur privé, en 2016, la distribution était assurée par environ deux cent cinquante mille (250) officines pharmaceutiques et cinq cent (500) dépôts privés de médicaments. En plus, la commission a noté qu'il y a vingt-deux (22) structures qui disposent d'agrément pour la fourniture de réactifs et de matériel médical.

La CEP a relevé que le Burkina Faso ne dispose pas d'industrie pharmaceutique pour la fabrication de médicaments. Elle a retenu qu'aucune spécialité pharmaceutique ou médicament générique ne peut être débité à titre onéreux ou gratuit s'il n'a obtenu une autorisation de mise sur le marché du ministre chargé de la santé.

En outre, l'homologation des médicaments de spécialités et génériques, des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle, des consommables médicaux et des réactifs de biologie médicale est obligatoire pour leur introduction sur le territoire national.

Les insuffisances et les irrégularités mentionnées lors des auditions ont été confirmées pendant les sorties de terrain. Il s'agit, entre autres :

- des pannes d'équipements dans les laboratoires ;
- de l'absence d'équipements spécifiques au niveau des laboratoires (faible capacité opérationnelle des laboratoires dans les formations sanitaires publiques) ;

- des ruptures fréquentes de molécules et de réactifs ;
- des insuffisances dans la gestion des stocks de réactifs et consommables à tous les niveaux de la structure hospitalière (chaîne de froid) ;
- de l'insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux dans les laboratoires et au sein des structures sanitaires ;
- de l'insuffisance dans la maintenance préventive et curative des appareils biomédicaux.

L'élevage burkinabè est de plus en plus consommateur des médicaments vétérinaires dû à l'état sanitaire du cheptel et à son accroissement au fil des années. Cependant, le Burkina Faso ne dispose pas d'établissement fabricant de médicaments vétérinaires. Les besoins sont donc couverts par des importations.

Avec la libéralisation de la profession vétérinaire au Burkina Faso intervenue en 1990, l'Etat s'est désengagé du secteur de distribution des médicaments vétérinaires. Hormis les vaccins vivants et les vermifuges utilisés dans les campagnes officielles de lutte contre certaines pathologies, l'approvisionnement et la distribution des médicaments vétérinaires sont passés officiellement aux mains des promoteurs privés. L'Etat a juste organisé un cadre réglementaire pour accompagner cette privatisation avec toutefois ce que cela implique comme conséquence.

Le système d'approvisionnement obéit au même schéma que celui de la composante humaine dans son volet privé à savoir l'existence de grossistes importateurs au nombre de neuf (09) qui approvisionnent les vétérinaires mandataires installés en clientèle privée au nombre de vingt-deux (22).

Notons aussi que ces grossistes approvisionnent les structures étatiques, les ONG, les associations d'éleveurs etc...

VII.3.2. La pharmacie hospitalière

La pharmacie hospitalière a été adoptée au Burkina Faso par le décret n°2000-008/PRES/PM/MS du 26 janvier 2000 en vue de rendre disponible les produits pharmaceutiques auprès des patients dans les structures de soins. Elle a

pour mission de rendre disponible des médicaments de qualité à un coût accessible aux malades hospitalisés.

Sa mise en œuvre a nécessité la prise de textes règlementaires portant organisation, conditions d'ouverture et d'exploitation d'une pharmacie hospitalière et la définition d'une liste de médicaments hospitaliers. Des cadres de concertation sur l'opérationnalisation et l'organisation de la pharmacie hospitalière ont également été mis en place.

La pharmacie hospitalière est appliquée au CHU Blaise Compaoré. Auparavant, elle a été expérimentée au CHU Yalgado Ouédraogo mais des difficultés ont entravé son efficacité. Dans le cadre de sa généralisation aux établissements hospitaliers, une évaluation de l'état des lieux des infrastructures, des équipements et des ressources humaines des pharmacies hospitalières des CHR et CHU a déjà été faite.

Lors des sorties de terrain, la Commission a constaté, abstraction faite du CHU Blaise Compaoré, que l'état actuel des dispensations des soins dans les CHU et les CHR est marqué par :

- l'absence de dispensation individuelle nominative au lit du malade ;
- l'absence ou l'insuffisance d'un Conseil pharmaceutique ;
- la faible disponibilité du personnel pharmaceutique pour cette activité ;
- la non prise en compte des spécialités dans la liste hospitalière.

Au niveau des CMA et des CSPS, en plus de l'inexistence de la pharmacie hospitalière, la gestion des stocks des DRD et des DMEG n'est pas informatisée. Cette situation entraîne souvent des malversations (cas d'un DRD de la Boucle du Mouhoun où le gérant a détourné dix-huit millions (18.000.000) de francs CFA).

Cependant, il existe des logiciels isolés de gestion dans certains dépôts (Cas du CSPS niché au CMA de Gayéri) pour l'enregistrement des différents mouvements du dépôt pharmaceutique.

VII.4. La mesure de gratuité des soins de sante

La décision du gouvernement de rendre gratuit les soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans a été une mesure salubre pour les populations de notre pays. Elle concerne cinq (05) éléments à savoir les actes de consultation, les actes d'intervention, les médicaments, les examens biologiques et d'imagerie médicale et le carburant pour les évacuations sanitaires.

Cependant, lors des sorties de terrain, la CEP a constaté trois types d'insuffisances : les ruptures de molécules et de réactifs, l'absence d'outils de gestion et les pratiques peu recommandables et contraire à la déontologie.

Les ruptures constatées au niveau de la gratuité concernent :

- les molécules ;
- les consommables médicaux ;
- les réactifs pour les examens de laboratoire ;
- les consommables pour l'imagerie médicale.

Les ruptures des molécules et des consommables médicaux constituent la cause principale des ordonnances complémentaires ce qui occasionne souvent des malentendus entre les patients et le personnel soignant. Les ruptures de réactifs et de consommables sont souvent à l'origine des déplacements des patients en vue d'effectuer lesdits examens dans les centres qui en disposent. Cet état de fait entraîne des coûts supplémentaires dans le traitement du patient.

Concernant les outils de gestion, les insuffisances constatées sur le terrain par la commission sont relatives à l'absence d'ordonnanciers, aux ruptures de carnets bleus pour la consultation prénatale, au nombre élevé de documents à remplir pour chaque patient bénéficiaire de la gratuité, etc.

Quant aux mauvaises pratiques, la commission a constaté que certains parents de patients font plusieurs fois le tour de plusieurs formations sanitaires avec leur seul enfant pour collecter les produits afin de faire, soit l'auto médication

pour ceux qui ne sont pas concernés par la mesure soit, procéder à la vente dans le circuit des médicaments de la rue.

La CEP a relevé également la prescription irrationnelle de certains médicaments par des agents de santé à des fins de détournement.

A cette longue liste s'ajoute le nombre élevé de patientes au niveau des maternités dû à l'arrivée des femmes enceintes de certains pays voisins (Cas des CHR de Banfora et de Gaoua, des CMA de Bitou, de Batié, de Sebba et de Orodara, des CSPS de Komienga et de Cinkanssé). Depuis la mise en œuvre de la gratuité, le nombre des patients de moins de cinq (05) ans et les femmes enceintes a augmenté énormément. (voir Gérard pour les chiffres)

VIII. ANALYSES ET AVIS DE LA COMMISSION

La commission a examiné le contenu des auditions et les informations recueillies sur le terrain. Elle a articulé son analyse autour de quinze (15) thématiques qui constituent des questions préoccupantes. Il s'agit :

- de la pertinence du système pyramidal ;
- de l'état des infrastructures ;
- de l'état des équipements, du matériel médico technique et de la logistique ;
- de la gestion des déchets biomédicaux ;
- de la mesure de gratuité des soins de santé ;
- de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques ;
- de la formation et du recyclage du personnel médical ;
- de la gestion des ressources humaines ;
- de la collaboration entre le secteur public et le secteur privé de santé ;
- de la formation dans les écoles, universités et instituts privés de santé ;
- de la recherche en santé ;
- de la promotion de la santé ;

- de l'environnement du système de santé ;
- du cadre juridique ;
- du financement de la santé.

VIII.1. La pertinence du système pyramidal

En rappel, le système sanitaire du Burkina Faso comprend trois niveaux. En principe aucun patient ne peut atteindre le sommet de la pyramide sans passer par les niveaux inférieurs. La commission a constaté que certains patients ne respectent pas les différents niveaux du système de santé et se rendent directement dans les formations sanitaires de niveau supérieur sans y avoir été référés.

En plus de cette difficulté la commission a noté des problèmes liés aux infrastructures, aux équipements, aux ressources humaines, au financement de la santé, à la mise en œuvre de la mesure de gratuité, à l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et en consommables. En observant toutes ces défaillances, on pourrait penser à une inadaptation du système pyramidal au regard des comportements des populations. Le problème est lié à la non maîtrise du système pyramidal par la population car elle ne sait pas qu'il faut commencer par le premier échelon (CSPS). Cela a été aussi expliqué par l'instinct de survi qui est d'accéder à la structure sanitaire la plus proche.

Cependant, la commission réaffirme la pertinence de système pyramidal pour notre pays et la nécessité de son maintien,. Néanmoins, le renforcement en personnel qualifié du premier niveau de notre système de santé aura un impact positif sur la population. Cela permettra non seulement de renforcer la confiance de la population mais aussi de réduire les évacuations sanitaires intérieures.

VIII.2. L'état des infrastructures

La Commission a apprécié les efforts faits par les gouvernements qui se sont succédé depuis les années 1960 pour doter notre pays d'infrastructures sanitaires. La couverture du territoire national en infrastructures sanitaires s'est nettement améliorée et faisant passé le rayon moyen d'action théorique de 9,18 km en 2001

à 7,49 km en 2009 et à 6,7 km en 2016. Malgré les progrès réalisés, des défis importants restent à relever. En effet, cette amélioration cache cependant des disparités au plan national car certaines localités restent distantes de plus de 80 km d'un centre de soins (CSPS).

La Commission a observé la non fonctionnalité, sinon l'absence de certaines infrastructures sanitaires stratégiques. C'est le cas à Manga chef-lieu de la région du centre sud et à Ziniaré chef-lieu de la région du Plateau central où les Centres hospitaliers régionaux sont toujours en construction. Leur mise en service aurait pu freiner l'afflux de certains malades vers les CHU de Ouagadougou déjà saturés par les patients référés ou auto orientés.

Des infrastructures sanitaires ne répondent pas aux normes de construction. C'est le cas notamment de certaines infrastructures sanitaires construites depuis la période coloniale aujourd'hui largement dépassées et de certaines infrastructures qui proviennent des dons obtenus dans le cadre du partenariat décentralisé.

En ce qui concerne les infrastructures acquises dans le cadre du partenariat et qui ne répondent pas aux normes de construction, la commission note l'absence de dispositions qui encadrent leur réalisation. Ces constructions ne sont pas harmonisées avec les plans types du ministère de la santé.

Les infrastructures qui ont également retenu l'attention de la commission d'enquête sont celles qui ont été nouvellement construites mais qui sont déjà dégradées ou ne répondent pas aux normes de construction requises. Ces cas sont le reflet du manque de suivi et de contrôle de l'exécution des marchés publics. La Commission considère que la responsabilité de ces défaillances est celle de l'administration qui n'a pas su jouer son rôle et aussi le manque de sanction aux entreprises qui n'ont pas respecté les normes.

Des dispositions doivent être prises afin que dans leur réalisation les infrastructures sanitaires puissent profiter aux générations futures qui auront parfois à rembourser les accords de crédits ou les prêts qui ont servi à les bâtir.

La quasi-totalité des structures sanitaires visitées se trouvent dépassées au regard de l'évolution démographique. Leur conception n'a ni intégré

l'accroissement de la population ni prévu les espaces nécessaires pour abriter certain matériel médicotechnique. C'est dire que la vision prospective au moment de leur conception n'avait pas suffisamment été prise en compte. Ces bâtiments qu'il faut parfois démolir et raccommoder en cas de nécessité représentent des coûts supplémentaires pour le contribuable.

Notre système sanitaire gagnerait à intégrer certaines réponses du futur dans les projets et plans de construction de nos infrastructures sanitaires.

VIII.3. L'état des équipements, du matériel médicotechnique et de la logistique roulante

La commission a identifié deux catégories de matériel médicotechnique et d'équipement jugées inadaptées. Il s'agit du matériel provenant des dons et du matériel acquis par le biais des marchés publics.

La commission estime que les dons qui sont faits à nos formations sanitaires doivent être en bon état et adaptés à leurs besoins. Dans le cas contraire ces dons risquent de les transformer en des dépotoirs de matériel médicotechnique.

La commission déplore l'acquisition de certains dons en équipements et matériel médico technique par le biais du partenariat et qui n'associe pas le ministère de la santé pour vérifier leur état. Le partenariat dans ce domaine doit être régulé et encadré.

Le marché public est aussi le canal par lequel nos formations sanitaires acquièrent parfois du matériel qui s'avère par la suite inadapté selon les utilisateurs. Malheureusement, certains matériels sophistiqués ou de capacité parfois très élevée se retrouvent dans cette catégorie. De telles acquisitions représentent des coûts supplémentaires alors que leur rentabilité sociale et économique n'est pas évidente. Il en résulte une perte de ressources que l'on aurait pu redéployer pour acquérir d'autres équipements.

Le marché public ne doit pas être un canal par lequel notre système de santé acquiert du matériel médicotechnique inadapté, peu durable et surtout, à des coûts énormes. Un système de santé aux ressources financières limitées devrait minimiser de telles acquisitions dans un souci de rationalité.

Le matériel acquis par la SOGEMAB et affecté aux CHU, CHR et CMA entre 2013 et 2016 comporte certaines insuffisances au nombre desquelles des anomalies liées aux appareils, à l'inadaptation ou l'inexistence d'infrastructures destinées à les abriter, au manque de personnel spécialisé ou formé chargé de les utiliser. La CEP a été informé de certains équipements livrés aux CHU, CHR et CMA sans une expression de besoins par lesdites structures.

Tableau n°5 : Répartitions du nombre d'équipements acquis par la SOGEMAB selon les difficultés liées à ces équipements et à leur utilisation.

Structure	Total des équipements acquis par la SOGEMAB entre 2013 - 2016	Répartitions du nombre d'équipements selon les difficultés liées aux équipements et à leur utilisation				Autres
		Equipements présentant des anomalies (absence d'une pièce, d'un accessoire, problème de lecture...)	Inexistence ou manque d'infrastructures adaptées pour abriter l'équipement	Manque de personnel spécialisé ou formé pour l'utilisation de l'équipement	Equipement ne présentant aucun besoin	
CHUYO	24	10	3	1	1	0
CHU BC	6	2	0	0	0	0
CHU CDG	11	8	1	0	1	0
CHR Banfora	1	1	0	0	0	0
CHR Dédougou	2	1	0	1	0	0
CHR Fada	13	0	0	10	0	0
CHR Gaoua	5	0	0	2	0	0
CHR Kaya	30	21	0	0	9	0
CHR Koudougou	6	0	0	0	0	3
CHR Ouahigouya	4	0	2	2	0	0
CHR Tenkodogo	11	0	3	4	1	0

Source : extrait du tableau n°12 (récapitulatif des équipements des CHU, CHR, CMA, livrés par la SOGEMAB entre 2013-2016)

La non implication des techniciens des structures sanitaires dans la passation des marchés explique en partie l'acquisition de matériel médicotechnique jugé parfois trop sophistiqué, qui dépasse parfois les capacités d'utilisation des structures sanitaires. Le défi devra consister à trouver pour les structures sanitaires du matériel adapté à leurs besoins.

La maintenance et la réparation du matériel et des équipements confiée également à la SOGEMAB pose des problèmes non seulement aux structures et formations sanitaires mais aussi au système de santé dans son ensemble.

A ce sujet, la commission a examiné quelques factures de maintenance dressées par la SOGEMAB à la charge des CHU, CHR et CMA. Le tableau ci-dessous présente au titre de l'année 2015, quelques factures du CHU-CDG.

Tableau n° 6: Quelques factures de maintenance dressée par la SOGEMAB à la charge des CHU CDG

Référence de la facture SOGEMAB aux sanitaires	de la formation adressée aux formations sanitaires	ou la structure sanitaire bénéficiaire de la maintenance	Valeur des pièces de rechange (FCFA)	Frais de diagnostic et de réparation payés par la structure à la SOGEMAB (FCFA)	Rapport de Coût de maintenance/coût des pièces de rechange	Montant des frais de diagnostic et de réparation sur la valeur des pièces à rechanger (en %)
N°028/15 du 19 mai 2015		CHU-CDG	66 250	500 000	7,54	86,75%
N°51/15/td du 13 octobre 2015		CHR CDG	66 250	805 000	12,15	91,77%
023/15/tm du 15 mai 2015		CHU CDG	137 500	805 000	5,85	82,91%
008/15 du 21 avril 2015		CHU CDG	23 750	1 800 000	75,78	98,6%
055/15 du 4 novembre 2015		CHU CDG	250 000	500 000	2	50%
			543 750	4 410 000	8,11	87,67%

Source : les factures de maintenance dressées par la SOGEMAB.

La Société de gestion de l'équipement et de la maintenance biomédicale (SOGEMAB) a été créée par décret n°2013-1217/PRES/PM/MICA/MEF/MS du 30 décembre 2013 dans l'objectif de doter les structures de santé d'équipements moderne à moindre coût à travers un Plan Spécial d'Equipement (PSE). Pour

permettre à la SOGEMAB, d'accomplir sa mission avec efficacité, l'Etat a conclu avec elle un contrat plan dont les objectifs sont entre autres :

- fournir des équipements de qualité en adéquation avec les besoins des structures de santé ;
- assurer un contrôle de performance et de sécurité régulier sur les équipements qui seront soumis à une obligation de maintenance ;
- assurer de manière systématique la maintenance préventive des équipements sensibles selon les recommandations des fabricants et/ou les bonnes pratiques en vigueur dans le domaine ;
- assurer la maintenance curative des équipements et des installations techniques ;
- homogénéiser les équipements pour une gestion optimale de la maintenance et des pièces et consommables d'usage courant ;
- contribuer au développement des compétences nationales en matière de maintenance des équipements biomédicaux, de management des achats en santé et de gestion du parc des équipements ;
- contribuer à la promotion du secteur privé de la santé et des métiers connexes (infrastructures, électricité, réseaux et fluides techniques, froid, etc.) à travers la mise à disposition de matériels performants, la formation des acteurs de la santé du secteur privé, la maintenance, l'acquisition des équipements médico-techniques ;
- etc.

La présente fiche technique a pour but de faire un état de rapprochement de la situation d'exécution physique et financière de la SOGEMAB au regard des multiples plaintes enregistrées lors des auditions et les constats lors des sorties de terrain. La présentation s'articulera autour de trois (03) points à savoir l'analyse des attributions de la structure, l'examen des documents reçus par la Commission et la gestion des fonds mis à sa disposition.

VIII.4. L'analyse des missions de la SOGEMAB

Au regard des informations recueillies par la CEP, il convient d'examiner ses attributions en faisant le parallèle avec les différentes plaintes et constats :

1^{ère} mission : fournir des équipements de qualité en adéquation avec les besoins des structures de santé.

Sur ce plan, la Commission a constaté des équipements sophistiqués, généralement au-dessus des besoins des structures sanitaires. Au niveau du CHU-YO, plus précisément au service de laboratoire, l'appareil Cobas pour la biochimie, capable de faire 700 examens/heure n'est plus utilisé depuis 6 mois parce que non rentable. Cet appareil qui est sous-utilisé pourrait être efficace si l'on regroupait tous les examens des autres formations sanitaires pour les faire ensemble. Les scanners 64 barrettes des CHU-YO et CHU-SS sont sous-utilisés. Des scanners de 16 barrettes étaient plus indiqués selon les spécialistes rencontrés sur le terrain.

Au CHU-BC, au niveau de l'imagerie, le mammographe livré par la SOGEMAB n'est pas fonctionnel (problème de paramétrage et logiciel). Au niveau du laboratoire, le sysmex a été livré par la SOGEMAB sans imprimante et le Bac Alert livré par la même société en 2015 n'est pas fonctionnel.

Par ailleurs, la qualité de certains équipements est douteuse : cas du scanner 64 barrettes au CHU-YO avec un problème de logiciel, du CHUP-CDG avec des problèmes de logiciels pour la table numérisée directe (généralement des logiciels version « craquée »), de l'échographe au CHUR-O dont les images sont floues. Au CHR de Banfora, l'appareil de mammographie, a été livré par TM diffusion en 2013 sans les accessoires et par conséquent n'a jamais fonctionné.

Etude de cas : un PV de pré-réception emblématique du 16 juin 2015 du marché n°2013-010/MS/SG/AGEMAB/DG du 13 mai 2013 de TM DIFFIUSION suivant appel d'offres n°2013-003/MS/SG/AGEMAB/DG/GM du 13/05/2013 portant acquisition, installation et mise en service d'équipements d'imagerie médicale au profit du CHUP-CDG. Ce PV de pré-réception indique insuffisances par équipement dans ce qui suit :

La table de radiologie os-poumon numérisé direct :

- capteur plan en fil au lieu de sans-fil comme demandé ;
- écran de contrôle non tactile ;
- absence de dispositif d'immobilisation pour enfants ;
- absence de paravent plombé ;
- pas de formation des techniciens de maintenance du CHUP-CDG ;
- pas de formation des techniciens de la SOGEMAB.

Reprographe numérique de table :

- absence de lot de film conformément au Dossier d'appel d'offres (DAO) ;
- mauvaise qualité des images imprimées ;
- pas de formation des techniciens de maintenance du CHUP-CDG ;
- pas de formation des techniciens de la SOGEMAB.

Matériel de contention : conforme mais non adapté à la pédiatrie

Mammographie numérique :

- absence de pistolet et d'aiguilles de biopsie ;
- absence d'ampoule de rechange conformément au DAO, absence comblée par un système de centreur lumineux à LED avec une durée de vie de 40 000 heures ;
- pas de formation des techniciens de maintenance du CHUP-CDG ;
- pas de formation des techniciens de la SOGEMAB.

2^e mission : assurer un contrôle de performance et de sécurité régulier sur les équipements qui seront soumis à une obligation de maintenance.

La commission a constaté que cette attribution n'est pas été exercée par la SOGEMAB.

3^e mission : assurer de manière systématique la maintenance préventive des équipements sensibles selon les recommandations des fabricants et/ou les bonnes pratiques en vigueur dans le domaine.

La maintenance préventive des équipements dits sensibles n'est effective qu'au CHU-BC et ne concerne que l'IRM dont le coût annuel est de quatre-vingt-quatre millions (84 000 000) FCFA et le scanner, trente un millions (31 000 000) FCFA. L'absence de maintenance préventive a d'ailleurs été mentionnée dans les rapports d'intervention de la SOGEMAB. En effet, dans la facture de maintenance n°008/15 du 21 avril 2015, le rapport d'intervention a relevé comme observations : « *effectuer périodiquement la maintenance préventive, prévoir le remplacement de la pompe à vide* ». Il en est de même dans la facture de maintenance n°064/15 du 06 novembre 2015, où le rapport d'intervention a relevé comme observations : « *prévoir la maintenance préventive semestrielle* ». Cette mention dans les rapports d'intervention des maintenances est incompréhensible du fait du monopole de la maintenance par la SOGEMAB.

4^e mission : assurer la maintenance curative des équipements et des installations techniques.

Dans la pratique, cette attribution de la SOGEMAB pose problème. A titre illustratif, pendant la sortie terrain, tous les deux scanners du CHU-YO étaient en panne et il a fallu plusieurs semaines à la SOGEMAB pour procéder à leur réparation. Bien souvent, les appareils sont réparés plus de six mois après la notification de la panne à la SOGEMAB. C'est le cas du CHUR-O où au moment du passage de la commission, l'appareil de radiologie avec table télécommandée venait juste d'être réparée après 6 mois de panne. A Banfora, l'appareil de radiologie télécommandée livrée par TM diffusion en 2013 est tombé en panne depuis janvier 2017 et notification a été faite à la SOGEMAB pour réparation. Mais, ce n'est qu'en juin 2017 et précisément le jour de l'arrivée de l'équipe que le technicien de la SOGEMAB est venu pour assurer la maintenance curative, soit une durée de 6 mois entre la panne et le début de la réparation. Malheureusement, la pièce de rechange amenée n'était pas adaptée. Les rapports de sorties terrain par

équipe font un point non exhaustif de l'état des équipements livrés par la structure et les multiples appareils entreposés pour panne en attente de réparation.

5^e mission : homogénéiser les équipements pour une gestion optimale de la maintenance et des pièces et consommables d'usage courant.

Les sorties sur le terrain ont permis de découvrir une panoplie de marques. La commission a noté quelques marques suivantes : GAMBRO, MEDTRONIC, APELEM, SOCIMED, VERATHON, ADAPTIS, LABFREEZEER, SPIEGELBERG, MINDRAY, SCHILLER, RESUSCI, GORETEX, ALSEVIA, EDWARDS, STIMUPLEX, MATACHANA, BIOMERIEUX, HUMAN, HETTICH, SYSMEX, TOSHIBA, HOLTEX, HERSILL, ERBE, AESCULAP, AGILENT, CAMBERRA, EATON, PENTRA NEXUS, STUART, CHIAPPA ARREDAMENTI, AANDD, IHM, APELEX, BRENA, KARL STORZ, LIESEGANG COLPOSCOPY, SIMENS, FUJIFILM, CABLAS, BIOMERIEUX, OHAUS, HEMOCUE, WTW, TITANOX, FUNERALIA, OHAUS et DRAEGER par conséquent l'homogénéisation des marques d'équipements n'est pas effective.

6^e mission : contribuer au développement des compétences nationales en matière de maintenance des équipements biomédicaux, de management des achats en santé et de gestion du parc des équipements.

Les techniciens de maintenance rencontrés sur le terrain ont dénoncé l'absence de transfert de compétences par la SOGEMAB. En effet, lors des maintenances des équipements, les techniciens des structures sanitaires ne sont pas impliqués. Sur le terrain, les techniciens ont affirmé que les maintenanciers de la SOGEMAB ne sont pas proactifs en matière de transfert de compétences. Des propositions ont même été faites afin d'inverser cette tendance. Il s'agit d'organiser des ateliers régionaux de maintenance, d'associer les techniciens pendant les travaux de diagnostic et de réparation. Conscient de la situation, la SOGEMAB a par lettre n°2016-234/SOGEMAB/DG/DT/ks adressé une correspondance aux directeurs régionaux de la santé dans laquelle il est écrit : « ***Il me revient que certains techniciens de maintenance de vos structures respectives se plaignent du fait qu'en raison de la signature du contrat plan entre l'Etat et la SOGEMAB, ils se retrouveront désœuvrés et n'auront plus rien à faire...*** ».

En analysant quelques-unes des attributions de la SOGEMAB et au regard de tout ce qui précède, on peut conclure que la SOGEMAB éprouve d'énormes difficultés à remplir les missions à elle confiées. Il convient maintenant d'analyser quelques-uns des documents dont dispose la commission concernant les maintenances.

VIII.5. L'analyse des documents demandés par la Commission

La commission présentera seulement six (06) cas du CHU – CDG à la représentation nationale afin d'illustrer le fonctionnement de la SOGEMAB et le coût des prestations.

1^{er} cas : une disproportion entre le coût des pièces et de la main d'œuvre :

- dans la facture de maintenance n°064/15 du 06 novembre 2015, le coût du diagnostic et de la réparation de quatre équipements (automate d'hématologie Mindray BS du service de laboratoire, de la chambre froide de la morgue, du local TGBT, du stérilisateur horizontal ESSE 3 du bloc opératoire/stérilisation) des 18, 19, 25 et 27 août 2015 s'élève à un millions cinq cent mille (1 500 000) FCFA pour 15 h de travail soit, cent mille (100 000) F CFA par heure de travail selon le rapport d'intervention tandis que le montant total des pièces de rechange est de cent vingt-sept mille cinq cent trente-neuf (127 539) FCFA.
- dans la facture de maintenance n°028/15 du 19 mai 2015, le coût du diagnostic et de la réparation de l'armoire des batteries de condensateur du 4 au 5 mai 2015 s'élève à cinq cent mille (500 000) FCFA pour 5 h de travail selon le rapport d'intervention soit cent mille (100 000) F CFA par heure de travail tandis que les pièces de rechange coûtent soixante-six mille deux cent cinquante (66 250) FCFA ;
- dans la facture de maintenance n°055/15 du 04 novembre 2015, le coût du diagnostic et de la réparation des équipements deux (02) lavabos aseptiques plus une table de réanimation du service de nourrisson s'élève à 500 000 FCFA pour 3 h de travail selon le rapport d'intervention soit cent soixante-

six mille (166 000) F CFA par heure de travail avec des pièces de rechange d'une valeur de 250 000 FCFA et une TVA de 135 000 FCFA ;

- dans la facture de maintenance n°008/15 du 21 avril 2015, le coût du diagnostic et de la réparation de l'autoclave Esse 3 model : ES-S284TP, SN : 52004020 s'élève à un million huit cent mille (1 800 000) FCFA pour 18 heures de travail selon le rapport d'intervention soit cent mille (100 000) F CFA par heure de travail avec des pièces de rechange d'une valeur de vingt-trois mille sept cent cinquante (23 750) FCFA. Cependant, la valeur des pièces de rechange indiquée dans ledit rapport fait état d'une somme de dix-neuf mille (19 000) FCFA. Il y a un écart de quatre mille sept cent cinquante (4 750) F CFA.

2^e cas : des surfacturations :

- dans la facture d'équipement n°86/2014 du 31/12/2014, l'appareil de radiologie télécommandé numérisé direct a coûté au CHUP-CDG la bagatelle de quatre cent un millions cent dix millions sept cent quatre-vingt-dix-neuf (401 110 799) FCFA HT. La facture proforma obtenue pour un appareil de ce type, dernière génération coûte avec les frais d'installation environ quatre-vingt-quinze millions (95 000 000) FCFA. Le prix d'acquisition de l'appareil est quatre fois plus élevé que le coût moyen du marché.

3^e cas : des coûts de maîtrise d'ouvrage délégué (MOD) exorbitants :

Dans la facture d'équipement n°86/2014 du 31/12/2014, l'appareil de radiologie télécommandé numérisé direct et le reprographe numérique de table ont coûté au CHUP-CDG, quatre cent treize millions cent soixante-deux mille deux cent trente-quatre (413 162 234) FCFA. Pour cette prestation, la MOD a coûté vingt-deux millions sept cent vingt-trois mille neuf cent vingt-trois (22 723 923) FCFA soit 18,18% du montant du marché. Ce taux est largement supérieur à la norme qui est de 5% ;

Dans la facture de maintenance n°28/2014 du 31/12/2014, six éclairages opératoires mobiles avec batterie et deux éclairages opératoires plafonniers ont

coûté au CHUP-CDG, soixante-neuf millions cinq cent soixante-dix mille huit cent trente-huit (69 570 838) FCFA. Pour cette prestation, la MOD a coûté trois millions huit cent vingt-six mille trois cent quatre-vingt-seize (3 826 396) FCFA soit 18,18% du montant du marché ;

Dans la facture d'équipement n°87/2014 du 31/12/2014, une colonne d'endoscopie pour urologie pédiatrique a coûté au CHUP-CDG, quatre-vingt-seize millions six cent vingt-huit mille cinq cent seize (96 628 516) FCFA. Pour cette prestation, la MOD a coûté cinq millions trois cent quatorze mille cinq cent soixante-huit (5 314 568) FCFA soit 18,18% du montant du marché ;

Dans la facture de maintenance n°85/2014 du 31/12/2014, pour l'acquisition d'équipements d'imagerie d'une valeur totale de quatre cent cinquante-trois millions trois cent seize mille neuf cent trente un (453 316 931) FCFA, le CHUP-CDG a payé vingt-quatre millions neuf cent trente-deux mille quatre cent trente un (24 932 431) FCFA au titre de la MOD soit 18,18% du montant du marché.

4^e cas : des interventions à répétitions :

Dans la facture de maintenance n°23/2015/tm du 15 mai 2015, le diagnostic et la réparation de l'automate d'hématologie CELL-DYN 3200 **du 06 mai 2015**, a coûté au CHUP-CDG, huit cent cinq mille (805 000) FCFA et la valeur des pièces cent trente-sept mille cinq cents (137 500) FCFA. Un mois après, soit **le 08 juin 2015**, le diagnostic et la réparation du même appareil a coûté au CHUP-CDG, huit cent cinq mille (805 000) FCFA et la valeur des pièces soixante-six mille deux cent cinquante (66 250) FCFA (confère facture de maintenance n°51/2015/td du 13 octobre 2015 portant diagnostic et maintenance curative et préventive de l'automate d'hématologie CELL-DYN 3200SL **du 08 mai 2015**).

En résumé, entre le 06 mai 2015 et le 08 juin 2015, la valeur cumulée du coût de diagnostic et de réparation de l'automate d'hématologie CELL-DYN 3200 s'élève à un million six cent dix mille (1 610 000) FCFA tandis que la valeur cumulée du coût des pièces s'élève à deux cent trois mille sept cent cinquante

(203 750) FCFA. Il faut signaler que la pièce appelée péristaltic pomp tubing a été changée au cours des deux maintenances et à deux prix différents.

5^e cas : des équipements non conformes :

- des équipements livrés non conformes aux spécifications. En effet, le même type d'appareil de radiologie télécommandé numérisé direct, a été livré au CHUP-CDG et au CHU-YO en 2015. Dans les DAO de ces appareils, c'est une table de radiologie avec un capteur sans fil qui a été commandé mais c'est une table de radiologie avec un capteur plan en fil qui a été livré ;
- des marchés sans références et sans spécifications techniques : dans une des lettres adressée au DG du CHUP-CDG par le service de maintenance dudit CHU dont l'objet porte sur le rapport de la non réception de l'automate d'hématologie au laboratoire, il est écrit : « **...comme mentionné dans le procès-verbal de constat dudit automate, le fournisseur tout comme la SOGEMAB n'a pas pu fournir une copie du marché ou de l'offre technique afin que l'on procède à l'appréciation de la conformité entre les spécifications techniques proposées par ARCOA et celles demandées par la SOGEMAB. Toute chose qui a prévalu au non déballage de l'équipement contenu dans les cartons et partant, la non réception...** ». Par ailleurs, les techniciens du CHUP-CDG sont entrés en contact avec la SOGEMAB pour avoir les documents relatifs à l'appareil en vain ;
- des réserves de réception des équipements non levées. Dans la lettre ci-dessus citée, on peut lire : « **...nous tenons à vous rappeler que des réserves posées lors d'une réception d'équipements en juin 2015 et bien d'autres équipements commandés par la SOGEMAB ne sont toujours pas levées contrairement aux promesses fermes données par les représentants de la SOGEMAB pour les lever** ».

6^e cas : des coûts des équipements qui varient d'un CHU à un autre :

Dans la facture d'équipement n°86/2014, le reprographe numérique de table a coûté au CHUP-CDG, douze millions cinquante un mille quatre cent trente-

cinq (12 051 435) FCFA HT tandis que ce même équipement a été livré au CHU-YO à un prix inférieur et le montant est de dix millions six cent quatre-vingt-dix mille cinq cent quatre six (10 690 586) FCFA HT soit une différence de un million trois cent soixante mille cinq cent quatre-vingt-six (1 360 586) FCFA.

Dans la facture d'équipement n°28/2014, l'éclairage opératoire mobile avec batterie a coûté au CHUP-CDG, neuf millions trois cent dix-neuf mille quatre cent quarante-neuf (9 319 449) FCFA HT l'unité tandis que ce même équipement a été livré au CHU-YO à un prix inférieur et le montant est de sept millions neuf cent trente-huit mille cinq cent soixante-huit (7 938 568) FCFA HT soit une différence d'un million trois cent quatre-vingt mille cinq cent quatre-vingt-un (1 380 581) FCFA. Dans cette même facture, l'éclairage opératoire plafonnier a coûté au CHUP-CDG, 6 827 071 FCFA HT l'unité tandis que ce même équipement a été livré au CHU-YO à un prix inférieur et le montant est de cinq millions huit cent soixante-treize mille cent seize (5 873 116) FCFA HT soit une différence de neuf cent quatre-vingt-trois mille neuf cent cinquante-cinq (983 955) FCFA.

VIII.6. La gestion des fonds mis à la disposition de la SOGEMAB

Dans le cadre du Plan spécial d'équipement (PSE), l'Etat a mobilisé par voie d'emprunt 25 743 352 000 FCFA auprès de la SONAPOST et de la CARFO et a chargé la SOGEMAB (alors AGEMAB) de contracter les emprunts en son nom ainsi qu'il suit:

- emprunt SONAPOST pour un montant de 10 743 352 000 FCFA au taux de 7,25% remboursable en sept (07) ans avec un (01) an de différé ;
- emprunt CARFO pour un montant de 15 000 000 000 FCFA au taux de 6,5% remboursable en sept (07) ans avec un (01) an de différé.

Le montant annuel alloué aux équipements des structures ci-dessous au titre du budget de l'Etat est directement versé dans un compte ouvert au nom de la SOGEMAB. Dès lors, il appartient à chaque structure d'exprimer ses besoins à la SOGEMAB qui procède à la commande et à la livraison. Pour connaître le reliquat de son budget logé dans le compte de la SOGEMAB, il appartient à chaque structure

d'écrire à ladite société pour avoir le point. Certaines structures avouent ne pas connaître le reliquat du budget de leurs équipements.

Cependant, la CEP a pu recueillir des informations. La gestion de l'emprunt des 25 743 352 000 FCFA auprès de la CARFO et de la SONAPOST est consignée dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°7 : Gestion des emprunts auprès de la CARFO et de la SONAPOST

Structures	Montant acquisition	Frais MOD SOGEMAB	Coût de reviens
LNSP Montant alloué à l'équipement Budget disponible	1 746 632 022	103 051 289	1 849 683 311 1 953 554 400 103 871 089
OST Montant alloué à l'équipement Budget disponible	619 433 015	36 546 548	655 979 563 941 659 465 285 679 902
HN BC Montant alloué à l'équipement Budget disponible	3 691 210 518	217 781 421	3 908 991 938 4 170 892 000 261 900 062
ENSP Montant alloué à l'équipement Budget disponible	318 780 540	18 808 052	337 588 592 330 667 110 -6 921 482
CNTS Montant alloué à l'équipement Budget disponible	700 612 902	41 336 161	741 949 063 735 103 695 -6 845 368
CHU YO Montant alloué à l'équipement Budget disponible	2 906 671 067	171 493 593	3 078 164 660 3 124 352 360 46 187 700
CHU SS Montant alloué à l'équipement Budget disponible	3 021 077 203	178 243 555	3 199 320 758 3 112 916 280 - 86 404 478
CHU CDG Montant alloué à l'équipement Budget disponible	1 715 159 985	101 142 680	1 815 425 398 1 742 789 945 - 72 635 453
CHR Tenkodogo Montant alloué à l'équipement Budget disponible	486 515 062	28 704 389	515 219 451 625 401 125 110 181 674

CHR Ouahigouya	553 013 921	32 627 821	585 641 742
Montant alloué à l'équipement			597 771 940
Budget disponible			12 130 198
CHR Koudougou	1 446 239 634	85 328 138	1 531 567 773
Montant alloué à l'équipement			1 528 835 225
Budget disponible			-2 732 548
CHR Kaya	683 715 862	40 339 236	724 055 098
Montant alloué à l'équipement			657 418 570
Budget disponible			- 66 636 528
CHR Gaoua	906 373 338	53 476 027	959 849 365
Montant alloué à l'équipement			952 530 880
Budget disponible			-7 318 485
CHR Fada	1 084 751 227	64 000 322	1 148 751 549
Montant alloué à l'équipement			1 110 040 555
Budget disponible			- 38 710 994
CHR Dori	668 385 171	39 434 725	707 819 896
Montant alloué à l'équipement			698 334 215
Budget disponible			- 9 485 681
CHR Dédougou	678 404 613	40 025 872	718 430 485
Montant alloué à l'équipement			741 904 735
Budget disponible			23 474 250
CHR Banfora	735 986 435	43 423 200	779 409 635
Montant alloué à l'équipement			793 273 420
Budget disponible			13 863 785
MURAZ	678 040 431	40 004 385	718 044 816
Montant alloué à l'équipement			744 456 265
Budget disponible			26 411 449
Total Général	22 641 002 946	1 335 767 415	23 975 893 094
			24 561 902 185
			586 009 091

Sur les 25 743 352 000 FCFA empruntés, la gestion se résume comme suit :

- montant total des acquisitions des différentes structures :
22 641 002 946 FCFA ;
- le coût de la maîtrise d'ouvrage déléguée (MOD) de la SOGEMAB :
1 335 767 415 FCFA ;

- le reliquat du budget de toutes les structures : **586 009 091 FCFA** ;
- le total des acquisitions, de la MOD de la SOGEMAB et du reliquat du budget : **24 561 902 185 FCFA** ;

VIII.7. La gestion des déchets biomédicaux

La gestion des déchets biomédicaux est un maillon très important de notre système de santé. Cette gestion doit se faire selon les règles de l'art au risque d'impacter négativement l'environnement, les aliments et la santé humaine. Les mécanismes de gestion de ces déchets sont contenus dans le décret n°2008-009/PRES/PM/MS/MECV du 10 janvier 2008 portant organisation de la gestion des déchets biomédicaux et assimilés.

A ce niveau, les difficultés relevées sont l'absence d'incinérateurs fonctionnels dans la plupart des structures sanitaires, le non-respect des règles de gestion des déchets biomédicaux, le traitement des déchets par des personnes non qualifiées présentant un danger pour le personnel de santé, les agents chargés de la collecte, les malades et accompagnants ainsi que ceux chargés de les transporter et de les détruire.

L'explication réside probablement dans le manque d'allocation budgétaire dans la mesure où la quasi-totalité des structures sanitaires du secteur public vivent ces mêmes réalités. Si rien n'est fait pour leur assurer un traitement convenable, les déchets biomédicaux risquent d'être une source de pollution et de contamination constituant ainsi un problème de santé publique.

VIII.8. La mesure de gratuité des soins de santé

Sur le terrain, la gratuité des soins au profit des enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes est bien appréciée des populations. En ce qui concerne la gratuité des médicaments, la commission a observé qu'en dehors de la période de crise à la CAMEG qui a entraîné des ruptures de stock, le gouvernement a fait l'effort de mettre les médicaments à la disposition des formations sanitaires au profit des bénéficiaires.

Sur le plan de la gestion, elle a remarqué que toutes les mesures n'ont pas été prises au niveau central pour rendre disponible dans toutes les formations

sanitaires les supports de gestion de la gratuité des soins. Bien que celles-ci aient tenté de trouver un palliatif à ce manque en confectionnant des supports dans la mesure de leurs moyens, la Commission tient à relever que l'insuffisance des outils de gestion peut entraîner des déperditions.

Les indélicatesses de certains agents de santé qui soustraient des médicaments à leur propre profit, les prescriptions irrationnelles, les actes frauduleux des populations qui profitent injustement des médicaments de la gratuité, l'afflux des populations frontalières des pays voisins vers les formations sanitaires qui offrent des soins gratuits et les ordonnances complémentaires sont aussi des facteurs qui limitent l'accès d'un plus grand nombre de bénéficiaires à la gratuité des soins.

Toujours sur la mesure de gratuité, la commission rappelle qu'au Burkina Faso, la planification familiale n'est pas suffisamment ancrée dans les mentalités. Ce faisant, la gratuité des soins au profit des femmes enceintes y compris l'accouchement est susceptible d'entraîner au sein de certains groupes sociaux un accroissement des naissances. Ce point de vue largement partagé par les services de maternité convainc la Commission que la mesure de gratuité des soins aurait pu être couplée dans une large mesure avec celle de l'accès des femmes aux produits contraceptifs.

Dans le registre des gratuités de manière générale et des subventions de soins de santé au profit des groupes vulnérables, la Commission attire l'attention du gouvernement sur l'application des textes qui accordent des privilèges aux personnes âgées mais qui ne sont pas effectifs dans nos formations sanitaires publiques comme privées.

VIII.9. L'approvisionnement en produits pharmaceutiques

La rupture de médicaments consécutive à la crise à la CAMEG a montré l'importance de cette structure dans l'approvisionnement de nos formations sanitaires en médicaments.

La crise vient également rappeler la nécessité de prospecter d'autres sources d'approvisionnement en cas de défaillance de la CAMEG.

La Commission s'est inquiétée au sujet des dettes des formations sanitaires auprès de la CAMEG. Elle craint qu'à terme la viabilité de cette structure et sa capacité à s'autofinancer ne soit compromise.

Le règlement des dettes de cette structure évitera à nos formations sanitaires des ruptures de médicaments.

Avant la crise survenue à la CAMEG, les formations sanitaires connaissaient déjà, ce depuis des années, des ruptures de médicaments et de réactifs dues aux procédures de passation des marchés. Ces ruptures sont préjudiciables aux patients qui reçoivent des soins avec des retards. Un des défis de notre système de santé devra consister à mettre en place des procédures adaptées.

La Commission juge la politique de pharmacie hospitalière pertinente dans la mesure où sa mise en œuvre permettra aux populations de bénéficier de médicaments sur place.

Cependant, son application dans les CHU et les CHR requiert que nos hôpitaux soient dotés d'un mécanisme de suivi et de contrôle approprié qui malheureusement constitue aujourd'hui un des maillons faibles de notre système de santé.

VIII.10. La gestion des ressources humaines en santé

Les effectifs disponibles en personnel du secteur sanitaire public ne couvrent guère les besoins du pays même s'il faut reconnaître une normalité pour les IDE. En ce qui concerne le personnel médical, les efforts déployés par le gouvernement pour la formation des médecins ces dernières années ont été un facteur explicatif de l'amélioration du ratio habitants/médecin.

Il faudra que le gouvernement se positionne dans une nouvelle stratégie qui consiste à prendre davantage en compte l'accroissement démographique dans la prévision des recrutements.

Le ministère de la santé à travers la direction des ressources humaines déploie le personnel sur l'ensemble du territoire en fonction des besoins et de la disponibilité en catégorie de personnel. Certes, l'étude des besoins en normalisation des structures sanitaires en ressources humaines fait apparaître

une disparité au niveau des régions. Alors que certaines structures ont un déficit en personnel dans une catégorie, d'autres par contre ont un excédent dans la même catégorie. Pendant que les formations sanitaires en milieu urbain et dans les zones péri-urbaines disposent d'effectifs généralement pléthoriques, dans les campagnes et les régions frontalières, les agents de santé sont débordés compte tenu de leurs effectifs réduits.

La Commission est persuadée que la politique d'affectation de ressources humaines manque parfois de rationalité. A ce niveau l'administration centrale a des efforts à faire afin que les populations vivant en milieu rural puissent bénéficier sur place de prestations des services de santé.

La Commission constate la violation par certains agents de la loi portant statut général de la fonction publique (absentéisme, exercice d'activité privée lucrative de soins,...). Elle pointe du doigt les administrations des services de santé pour leur manque de rigueur et de contrôle dans la gestion des ressources humaines. Elle déplore également l'absence d'un outil performant de pointage des présences dans notre système de santé.

Pour ce qui concerne les médecins vétérinaires, leur effectif très insuffisant fait que la plupart dans l'administration centrale.

VIII.11. La formation et le recyclage

Le manque de formation et de recyclage pour la mise à niveau des nouveaux protocoles de traitement se pose avec acuité.

Dans un tel contexte, les erreurs médicales ne manquent pas même si par ailleurs, elles restent difficiles à prouver. Sur cette question aux conséquences parfois irréversibles, notre système de santé devra faire des efforts en mettant progressivement en place un mécanisme adéquat de formation et de recyclage.

VIII.12. La collaboration entre le secteur public et celui privé de la santé

Certains spécialistes travaillant dans le secteur public de la santé ne se trouvent guère dans le secteur privé de santé et vice versa. Cependant, la Commission a constaté qu'il n'y a pas de collaboration suffisante entre ces deux secteurs pourvoyeurs d'offres de soins. On observe en effet une séparation très

accentuée entre les ressources humaines de l'offre publique et celles de l'offre privée de la santé dans notre pays. Ces écarts ne permettent pas à notre système de santé d'établir une complémentarité fonctionnelle optimale.

Notre pays devra nécessairement mutualiser les ressources humaines de ces deux secteurs comme c'est déjà le cas dans certains pays où des spécialistes du public peuvent intervenir dans le secteur privé et ceux du privé dans le secteur public de santé à travers des conventions bien établies.

VIII.13. La formation dans les écoles, universités et instituts privés de santé

Ces dernières années, l'Etat a autorisé l'ouverture de nombreuses écoles, universités et instituts privés qui contribuent à former le personnel médical et paramédical pour pallier les insuffisances en ressources humaines. Pour former des ressources humaines de qualité, cela passe nécessairement par une amélioration des curricula, des infrastructures, du matériel pédagogique, du respect des normes de l'OOAS en matière de recrutement, de la qualité des enseignants,...

Pour la Commission, cette délégation de compétence ne bénéficie pas suffisamment du contrôle du ministère de la santé. Il est donc impératif que les formations qui y sont dispensées soient rigoureusement suivies pour une meilleure qualité de la formation.

VIII.14. La recherche en santé

Dans les centres de recherche en santé, la recherche en santé est effective. Cependant les résultats ne sont pas suffisamment valorisés. Dans ce domaine, le financement de l'Etat est jugé insuffisant. Par contre, on observe une forte contribution des partenaires au développement.

Dans les centres hospitaliers universitaires, la recherche est quasi inexistante. En effet, il n'existe pas de ligne budgétaire consacrée à la recherche ni dans le budget du ministère de la santé ni dans celui des CHU.

La Commission exprime ses inquiétudes sur la capacité de notre pays à assurer un financement adéquat de la recherche en santé bien que celle-ci soit nécessaire pour une meilleure connaissance des pathologies et de leur prise en charge.

VIII.15. La promotion de la santé

La promotion de la santé passe par la nutrition notamment chez les enfants de 0 à 5 ans. Or, les CREN qui apportent des compléments alimentaires aux enfants sont confrontées de manière générale au manque d'intrants. Leur approvisionnement se fait dans la plupart du temps dans le cadre du partenariat. Il convient de trouver un mécanisme national plus stable de financement des activités de ces structures de santé.

Les médicaments de la rue et les drogues créent de nombreuses complications en matière de santé et les principales victimes se recrutent parmi les jeunes. Notre pays devra redoubler d'effort pour lutter contre ces phénomènes.

L'éducation en matière de santé est timide, peu organisée dans les formations sanitaires et en milieu scolaire. La Commission espère que la mise en service des agents de santé à base communautaire (ASBC) permettra progressivement de combler ce déficit.

Selon l'OMS, environ 50% des maladies humaines seraient d'origine animale. Il faudra donc inscrire au titre de la prévention, la santé animale comme une des priorités.

La promotion du sport individuel ou de masse instituée par le gouvernement n'est pas suivie normalement. Cela a un impact certain dans le contrôle des maladies non transmissibles et partant sur la santé publique et l'espérance de vie.

Aussi, la mauvaise qualité des denrées alimentaires d'origine animale ou végétale contribue négativement au maintien de la santé publique. Il faut noter la consommation abusive de boisson alcoolisée, frelatée impacte négativement la santé des populations.

VIII.16. L'environnement du système de santé

Les drames parfois observés dans les blocs opératoires à la suite des coupures intempestives d'électricité de la SONABEL et les pénuries d'eau de l'ONEA convainquent de la nécessité pour nos formations sanitaires de disposer d'infrastructures autonomes.

En outre, les difficultés liées à l'état de voies compliquent également les évacuations sanitaires vers les centres de référence.

Ces cas de forte dépendance de l'offre de soins vis-à-vis des facteurs extérieurs à celui de la santé montrent l'importance de la concertation entre les départements ministériels impliqués pour une synergie d'action.

VIII.17. Le cadre juridique

Le code de santé publique, adopté en 1994, le code pénal en 1996, la loi hospitalière en 1998, le code d'hygiène publique en 2005, le code de santé animale et d'hygiène public vétérinaire, du fait de l'apparition de nouveaux phénomènes, ne prennent pas en compte certaines évolutions récentes du domaine de la santé. Il est donc important d'évaluer leur mise en œuvre et au besoin les adapter au contexte actuel.

Certaines lois adoptées récemment comportent également des insuffisances en raison de leur incomplétude. C'est le cas notamment de la loi n°004-2015/CNT du 3 mars 2015 portant prévention et répression de la corruption au Burkina Faso qui ne prend pas en compte les gestionnaires des dépôts répartiteurs des districts et les gérants des dépôts MEG qui gèrent des fonds importants mais qui ne sont pas assujettis à la déclaration de biens.

La commission a également relevé l'existence de lois qui ne sont pas encore en application. Au nombre de celles-ci il convient de citer la loi N° 060-2015/CNT du 5 septembre 2015 régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso et la n°024-2016/AN portant protection et promotion des droits des personnes âgées.

VIII.18. Le financement de la santé

Des progrès ont été réalisés dans le financement de la santé. Entre 2007 et 2016, le budget du ministère de la santé est passé de 8,3% à 12,4%. Malgré les efforts déployés par le gouvernement, les ressources affectées à la santé ne respectent pas les engagements pris par le gouvernement notamment l'allocation de 15% de son budget au secteur de la santé conformément à la Déclaration d'Abuja de 2001.

Par ailleurs, la subordination des structures sanitaires à la loi n° 039-2016/AN du 02 décembre 2016 portant réglementation de la commande publique impacte négativement le fonctionnement optimal de ces structures et partant de l'atteinte de leurs objectifs en termes d'efficacité et d'efficience. En effet la formule de la commande publique semble ne pas convenir aux structures sanitaires qui, de par leurs attributions sont des structures spécifiques qui nécessitent une grande flexibilité des procédures dans l'acquisition de biens d'équipements de qualité et des consommables.

Pour permettre aux structures et formations sanitaires publiques de mieux fonctionner et assurer leur mission avec efficacité et efficience, il faudra nécessairement relire cette loi en y intégrant un mécanisme d'assouplissement des procédures du marché qui leur sont appliquées.

Les tarifs des actes médicaux en vigueur n'ont pas été révisés depuis un certain nombre d'années. Leur niveau actuel n'intègre pas le coût de fonctionnement des structures et formations sanitaires. Au demeurant, leur révision à la hausse pourrait rendre les coûts d'accès à la santé encore plus élevés si elle n'est pas couplée avec des stratégies qui offrent aux populations des possibilités de prise en charge telle que l'assurance maladie universelle qui n'est pas encore effective.

Dans le cadre de l'approvisionnement en médicaments, la CAMEG octroie des ristournes aux structures sanitaires. Ces ressources seraient reversées aux districts sanitaires et distribuées aux membres de l'équipe cadre de ces districts. Ce qui amène souvent les districts à passer de grosses commandes généralement en fin d'année dans l'objectif d'augmenter le montant avec le risque d'avoir sous la main des produits périmés dans le futur. La CEP a constaté une variation brusque des commandes en décembre sans un flux proportionnellement important les deux (02) mois qui précèdent. La Commission estime qu'une réflexion doit être menée pour une meilleure répartition de ces ressources en vue de mieux financer le système de santé vu que ce sont des ristournes liés au volume des commandes publiques avec de l'argent public.

IX. MESURES CORRECTIVES ET RECOMMANDATIONS

. IX.1. Les mesures correctives

IX.1.1. Sur le plan législatif et réglementaire

IX.1.1.2. Au niveau de l'offre de soins :

- uniformiser les coûts des actes médicaux et des prestations de soins dans les services publics de santé pour chacun des trois niveaux de soins et les diffuser largement en langues locales ;
- rédiger un protocole type de soins applicable sur l'ensemble du territoire national dans les structures de santé.

IX.1.1.3. Au niveau des établissements privés de soins :

- conférer le statut d'établissement conventionné à toutes les structures privées de santé ;
- adopter un texte spécifique pour alléger la fiscalité applicable aux établissements privés de soins.

IX.1.1.4. Au niveau des procédures d'acquisition des équipements, des produits pharmaceutiques et des consommables :

- relire la loi portant sur la commande publique en allégeant les procédures en faveur des CHU, CHR et CMA pour l'achat des réactifs et consommables médicaux.
- Autoriser les CHU à acheter par entente directe avec les grossistes afin de rendre disponible les médicaments spécialisés sous conditionnement médical dans les pharmacies en vue de l'effectivité de la pharmacie hospitalière.
- Accorder l'autorisation d'ouverture et d'exploitation à l'entreprise MPI pour qu'elle accélère l'implantation de l'herboristerie en conformité avec l'arrêté n°2013-550/MS/CAB du 21 juin 2013 et la convention du 13 mars 2017 signé entre le MS et le MPI.

IX.1.1.5. Au niveau de la gestion des ressources humaines :

- Réglementer le mode d'affectation du personnel soignant dans les régions (mode tournant, trois (03) ans de service obligatoire) accorder une indemnité de garde forfaitaire aux DESS et internes des hôpitaux qui assurent la garde ;
- conduire une réflexion sur la normalisation des autres emplois spécifiques du ministère de la santé qui sont non moins importants à l'atteinte de l'offre de soins de qualité (emplois de l'administration hospitalière; Economistes de la santé, Médecin de santé publique, Spécialistes de maintenance biomédicaux, brancardier...);
- rédiger et mettre en œuvre un plan de formation de rehaussement du niveau du personnel soignant ;
- élaborer une loi sur la délégation médicale pour protéger le personnel paramédical notamment les infirmiers, Sages-femmes et Attachés de santé qui sont obligés de poser certains actes médicaux sans assistance d'un spécialiste.

IX.1.1.6. Au niveau des Ecoles nationales de santé publique :

- la relecture des textes régissant la suppression du numerus clausus en vue de son rétablissement dans le secteur de la médecine en contingentant les effectifs en fonction des capacités d'accueil, de formation et d'encadrement;
- relever et harmoniser le niveau de recrutement conformément aux dispositions de l'OAAS, notamment en ce qui concerne le niveau requis pour postuler à la formation d'IDE, de Sages-Femmes et de Maïeuticiens d'Etat (exiger obligatoirement le diplôme du BAC scientifique).

IX.1.1.7. Au niveau des écoles privées de santé

- relire la réglementation relative à l'ouverture des écoles privées de santé publique. En attendant, suspendre la délivrance des autorisations

d'ouverture et d'exploitation d'établissements privés de formation des paramédicaux.

IX.1.1.8. Au niveau de la gouvernance sanitaire

Relire le code de santé publique, la loi hospitalière, le code d'hygiène publique vétérinaire et le code pénal pour les adapter au contexte actuel.

IX.1.2. Sur le plan institutionnel

IX.1.2.1. Au niveau de l'offre de soins :

- développer la médecine légale pour améliorer la qualité du système de santé ;
- créer des pôles d'excellence spécialisés par région (par exemple la cancérologie et la cardiologie à Ouagadougou, la traumatologie à Bobo Dioulasso...);
- doter le CNTS de moyens financiers adéquats pour rendre davantage disponibles les produits sanguins dans les formations sanitaires ;
- faire des plaidoyers pour l'ancrage institutionnel de l'Assurance maladie universelle et la Planification familiale respectivement à la primature et à la présidence du Faso ;
- passer de la subvention des produits de la planification familiale à la gratuité ;
- redéployer le personnel soignant de manière judicieuse sur l'ensemble du territoire national et rompre avec les affectations de complaisance qui ont impacté négativement la gestion des ressources ;
- mettre en place la pharmacie hospitalière dans toutes les structures de santé (CHU, CHR et CMA).

IX.1.2.2. Au niveau des établissements privés de soins :

- créer une passerelle pour permettre aux praticiens du privé d'accéder à la recherche à l'université ;

- mener une réflexion sur la possibilité d'activités de soins privées dans les structures publiques pour les médecins spécialistes ;
- étendre les supervisions aux structures privées de santé.

IX.1.2.3. Au niveau du recrutement et de la formation du personnel paramédical :

- exiger le baccalauréat scientifique pour la formation des IDE, des Sages-Femmes / Maïeuticiens d'Etat dans les écoles de santé et appliquer des mesures disciplinaires sévères à l'encontre des contrevenants ;
- créer au sein du ministère de la santé une Direction générale des écoles et des instituts privés de santé ;
- renforcer les capacités des techniciens biomédicaux dans les structures de santé par des formations et des recyclages.

IX.1.2.3. Au niveau des Ecoles privées de santé :

Astreindre les écoles privées de formation en santé au respect strict des cahiers de charges. Leur accorder un délai de 06 mois pour se mettre en conformité avec la réglementation ; au-delà de ce délai, procéder à leur fermeture immédiate.

IX.1.2.4. Au niveau de la gestion des ressources humaines

- mettre en place un observatoire des ressources humaines en santé au niveau de la direction des ressources humaines ;
- mettre en place un système d'auto évaluation opérationnel des ressources humaines dans chaque structure de soins ;
- réviser régulièrement et diffuser à tous les niveaux du système de santé le plan stratégique de développement des ressources humaines en santé et référentiel des normes par niveau ;
- améliorer les conditions de travail et mettre en œuvre de mesures incitatives en fonction des zones géographiques d'activités.

IX.1.2.5. Au niveau de la gestion des déchets bio médicaux :

Doter toute les structures sanitaires d'incinérateurs pour une meilleure gestion des déchets biomédicaux.

IX.1.2.6. Au niveau de la gestion de la logistique :

- externaliser la gestion de la logistique par la création d'une société dont la mission première est la gestion de la logistique hospitalière (avec possibilité d'évoluer en SAMU : ambulances médicalisées) ;
- mettre en place un pool de maintenance et de gestion des ambulances mutualisé par région.

IX.1.2.7. Au niveau de la gestion des équipements :

- mettre en place un système d'auto évaluation opérationnel annuel des équipements dans chaque structure de soins ;
- renforcer le plateau technique en personnel qualifié et équipements pour plus d'efficacité ;
- renforcer le plateau technique de l'Hôpital de District des districts urbains et les transformer progressivement en hôpitaux universitaires ;
- créer une direction générale chargée des équipements et de la maintenance curative et préventive des équipements et matériel de santé ;
- déconcentrer les services de maintenance (par région).

IX.1.2.8. Au niveau de la promotion de la santé :

- faire un plaidoyer pour la promotion de la santé (médecine préventive) à travers son institutionnalisation dans les établissements primaires, secondaires et universitaires et instituer une journée hebdomadaire pour la promotion de la santé ;
- mettre à la disposition des services d'hygiène et de la direction générale des services vétérinaires des moyens adéquats qui leur permettent d'accroître le contrôle des denrées alimentaires et la restauration collective.

IX.1.2.9. Au niveau de la SOGEMAB :

Auditer la SOGEMAB, prononcer sa dissolution et créer au sein du Ministère de la Santé une direction générale chargée des équipements médico technique et de la maintenance préventive et curative des équipements.

IX.1.2.10. Au niveau des infrastructures :

- adopter un profil architectural type répondant aux normes internationales en vue d'une harmonisation définitive des infrastructures des structures et des formations sanitaires (CSPS, CM, CMA, CHR, CHU) ;
- transformer les CSPS de chaque commune rurale en CM afin de réduire les évacuations sanitaires **et inverser la tendance CSPS/CM dans les grandes villes.**

IX.1.2.11. Au niveau de l'approvisionnement en eau et en énergie des structures de santé :

- adopter un système solaire (photovoltaïque) définitif et obligatoire comme source d'énergie principale pour l'ensemble des structures sanitaires ;
- doter les structures sanitaires d'un système d'approvisionnement en eau potable, complémentaire au réseau national ONEA (forages et châteaux d'eau).

IX.1.2.12. Au niveau de l'hôpital Yalgado OUEDRAOGO :

Concevoir un plan Marshall pour l'hôpital Yalgado à travers la construction de nouvelles infrastructures dans une vision prospective.

IX.1.2.13. Au niveau de la CAMEG :

- éponger la dette de l'Etat vis-à-vis de la CAMEG estimée à environ 16 milliards de FCFA ;
- créer des unités de fabrication de médicaments essentiels

IX.1.2.14. Au niveau du CNTS :

- déconcentrer le CNTS dans les 13 régions
- renforcer les capacités opérationnelles des structures déconcentrées du CNTS à satisfaire les besoins en produits des formations sanitaires de leur ressort.

IX.1.2.15. Au niveau de la recherche en santé :

- une allocation conséquente de ressources au domaine de la recherche ;
- une large diffusion des résultats de la recherche, si possible dans les langues locales ;
- une utilisation judicieuse des résultats de la recherche dans les politiques de développement sanitaires du pays.

IX.1.2.16. Au niveau de la gouvernance :

- appliquer les textes règlementaires surtout dans ses volets sanctions ;
- renforcer en ressources humaines le service juridique du ministère de la santé et l'intégrer dans le comité de direction ;
- renforcer les capacités des services de contrôle et de suivi (Inspection Générale des Services) du ministère de la santé pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle ;
- renforcer le cadre de concertation entre le ministère de la santé et celui du commerce pour lutter efficacement contre le trafic et la consommation des boissons frelatées, des cigarettes de contre bande et des médicaments de la rue ;
- mettre en place un système de gestion informatisée des équipements, des ressources humaines et des dossiers des patients.
- améliorer la collaboration entre le secteur public et le secteur privé pour une meilleure complémentarité du système de santé ;

- créer des comités régionaux et communaux d'audit des décès maternels afin de déceler le niveau d'insuffisance de prise en charge ;
- élaborer et rendre opérationnel des outils de planification, de gestion, de suivi et de contrôle des équipements, des ressources humaines et des produits pharmaceutiques ;
- réviser régulièrement et diffuser à tous les niveaux du système de santé le document de stratégies et celui des normes en infrastructures, équipements et la maintenance (préventive et curative) ;
- une meilleure répartition des ressources financières en mettant plus l'accent sur les formations sanitaires périphériques qui sont du niveau opérationnel.

X. LES RECOMMANDATIONS

A la suite des auditions des structures de santé et des personnes ressources, des sorties de terrain et de l'analyse des résultats obtenus, la commission d'enquête parlementaire a formulé des recommandations.

X.1. L'adoption du rapport

La commission recommande à la plénière d'adopter le rapport général.

X.2. La transmission du rapport au gouvernement

La transmission du rapport de l'enquête parlementaire permettra d'informer le gouvernement sur les irrégularités et les insuffisances que la commission a relevé ainsi que les mesures correctives proposées.

X.3. La publication du rapport de la commission d'enquête parlementaire

La publication du rapport permettra d'informer l'opinion nationale sur les difficultés qui minent le secteur de la santé et procède du principe de redevabilité de la représentation nationale.

X.4. L'augmentation de la dotation budgétaire de l'Etat du secteur de la santé à 15% du budget global de l'Etat

Au regard des irrégularités et insuffisances qui impactent négativement l'offre de soins, l'Assemblée nationale pourrait examiner, en concertation avec le gouvernement, la possibilité d'augmenter progressivement la dotation budgétaire du ministère de la santé à 15% d'ici à 2020.

X.5. La dissolution de la SOGEMAB

La commission demande aux députés d'adopter le principe de la dissolution de la SOGEMAB. Cette dissolution permettra à l'Etat de lever un véritable goulot d'étranglement de notre système de santé et une meilleure orientation de la politique d'acquisition et de maintenance des équipements bio médicaux.

X.6. La Relecture de loi n 004-2015/CNT du 03 mars 2015 portant prévention et répression de la corruption au Burkina Faso

Au regard de l'importance des fonds gérés par les DRD et les dépôts MEG, les gestionnaires de ces entités doivent être pris en compte dans la liste des personnes soumises à déclaration de biens.

X.7. Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives

A l'issu des travaux de la commission d'enquête parlementaire, l'Assemblée nationale doit se doter d'un mécanisme lui permettant de suivre régulièrement la mise en œuvre des mesures correctives.

X.8. La Mission d'information sur les médicaments de la rue et la consommation des boissons frelatés

La prolifération des médicaments de la rue et la forte consommation des boissons frelatés constituent un problème de santé publique. Une mission d'information sur le sujet permettra de proposer des solutions pour juguler ce mal.

CONCLUSION

Le système de santé au Burkina Faso qui a connu différentes réformes (allant des années des indépendances ou époques des grandes endémies à nos jours) a enregistré des progrès qui sont certainement significatifs et encourageants.

Cependant, force est de constater que malgré ces progrès les défis à relever restent nombreux.

La commission d'enquête parlementaire sur le système de santé a permis de révéler sinon confirmer des irrégularités et des insuffisances en termes de gouvernance et de prestations de services, d'infrastructures, d'équipements et de maintenance, de ressources humaines et de formation, de nutrition et d'approvisionnement en produits de santé, de la recherche et du Financement.

La santé, étant le facteur de développement humain par excellence et dans l'optique stratégique de l'atteinte des ODD par le programme national de développement sanitaire (PNDS), doit être considérée comme étant la priorité des priorités et à ce titre bénéficier d'un accroissement de son financement à hauteur au moins de l'initiative d'Abuja (15% du budget annuel).

En effet l'argent étant le nerf de la guerre, l'insuffisance de financement du système de santé et sa gestion efficiente constitue un véritable goulot d'étranglement du système de santé.

Le combat des défis à relever est certes long, laborieux et périlleux mais pas impossible à conditions que tous les Burkinabè des villes comme des campagnes fassent preuve de plus de nationalisme et de volonté politique.

En outre, le caractère sacré de la chose publique doit être un sacerdoce dans la conscience individuelle et collective de tous les fils et filles du Burkina Faso.

Le rapporteur général

Le rapporteur adjoint

Le Président

G. Rossan Noël TOE
Chevalier de l'Ordre de Mérite

Anicet BAZIE

Julien KOULDIATY

Vice-président

Membre

Boureima BOUGOUMA

A. Joël AOUE

Boukary BARRY

Membres

Alfred SANOU

S. Albert BENAO

Abdoulaye MOSSE S.

Léonce SANON

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	v
INTRODUCTION.....	1
I. GENERALITES SUR LE SYSTEME DE SANTE.....	5
I.1. Organisation et fonctionnement du système de santé.....	5
I.2. L'état de santé de la population.....	7
I.2.1. Les caractéristiques et les déterminants de la santé.....	7
I.2.2. L'état nutritionnel des populations.....	11
I.2.3. La situation épidémiologique du pays.....	11
II. CONSTATS : IRREGULARITES ET INSUFFISANCES.....	12
II.1. Les infrastructures, les équipements et la logistique.....	12
II.1.1. Les infrastructures.....	12
II.1.2. Les équipements et la logistique.....	15
III. LES RESSOURCES HUMAINES.....	18
III.1. Les outils de gestion des ressources humaines.....	18
III.2. Les effectifs des agents de santé.....	19
III.3. La formation.....	19
III.4. La répartition géographique du personnel.....	20
III.5. La motivation du personnel.....	20
IV. LA FORMATION ET LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE.....	20
IV.1. La formation.....	20
IV.1.1. Le secteur public.....	21
IV.1.2. Le secteur privé.....	26
IV.2. La Recherche.....	29
V. LA GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX.....	30
VI. LES STRUCTURES PRIVEES DE SOINS.....	31
VII. LES OFFICINES PHARMACEUTIQUES.....	33
VII.1. Sur le plan des documents administratifs.....	34
VII.2. Sur le plan de l'approvisionnement.....	34
VII.3. La politique pharmaceutique et la pharmacie hospitalière.....	35
VII.3.1. La politique pharmaceutique.....	35
VII.3.2. La pharmacie hospitalière.....	37
VII.4. La mesure de gratuité des soins de sante.....	39
VIII. ANALYSES ET AVIS DE LA COMMISSION.....	40
VIII.1. La pertinence du système pyramidal.....	41

VIII.2. L'état des infrastructures	41
VIII.3. L'état des équipements, du matériel médicotechnique et de la logistique roulante	43
VIII.4. L'analyse des missions de la SOGEMAB	47
VIII.5. L'analyse des documents demandés par la Commission	51
VIII.6. La gestion des fonds mis à la disposition de la SOGEMAB	55
VIII.7. La gestion des déchets biomédicaux	58
VIII.8. La mesure de gratuité des soins de santé	58
VIII.9. L'approvisionnement en produits pharmaceutiques	59
VIII.10. La gestion des ressources humaines en santé	60
VIII.11. La formation et le recyclage	61
VIII.12. La collaboration entre le secteur public et celui privé de la santé.....	61
VIII.13. La formation dans les écoles, universités et instituts privés de santé	62
VIII.14. La recherche en santé.....	62
VIII.15. La promotion de la santé	63
VIII.16. L'environnement du système de santé	63
VIII.17. Le cadre juridique	64
VIII.18. Le financement de la santé	64
IX. MESURES CORRECTIVES ET RECOMMANDATIONS	66
IX.1. Les mesures correctives	66
IX.1.1. Sur le plan législatif et règlementaire	66
IX.1.1.2. Au niveau de l'offre de soins :	66
IX.1.1.3. Au niveau des établissements privés de soins :	66
IX.1.1.4. Au niveau des procédures d'acquisition des équipements, des produits pharmaceutiques et des consommables :	66
IX.1.1.5. Au niveau de la gestion des ressources humaines :	67
IX.1.1.6. Au niveau des Ecoles nationales de santé publique :	67
IX.1.1.7. Au niveau des écoles privées de santé	67
IX.1.1.8. Au niveau de la gouvernance sanitaire.....	68
IX.1.2. Sur le plan institutionnel	68
IX.1.2.1. Au niveau de l'offre de soins :	68
IX.1.2.2. Au niveau des établissements privés de soins :	68
IX.1.2.3. Au niveau du recrutement et de la formation du personnel paramédical :	69
IX.1.2.3. Au niveau des Ecoles privées de santé :	69
IX.1.2.4. Au niveau de la gestion des ressources humaines	69
IX.1.2.5. Au niveau de la gestion des déchets bio médicaux :	70

IX.1.2.6. Au niveau de la gestion de la logistique :	70
IX.1.2.7. Au niveau de la gestion des équipements :	70
IX.1.2.8. Au niveau de la promotion de la santé :	70
IX.1.2.9. Au niveau de la SOGEMAB :	71
IX.1.2.10. Au niveau des infrastructures :	71
IX.1.2.11. Au niveau de l’approvisionnement en eau et en énergie des structures de santé :	71
IX.1.2.12. Au niveau de l’hôpital Yalgado OUEDRAOGO :	71
IX.1.2.13. Au niveau de la CAMEG :	71
IX.1.2.14. Au niveau du CNTS :	72
IX.1.2.15. Au niveau de la recherche en santé :	72
IX.1.2.16. Au niveau de la gouvernance :	72
X. LES RECOMMANDATIONS	73
X.1. L’adoption du rapport	73
X.2. La transmission du rapport au gouvernement	73
X.3. La publication du rapport de la commission d’enquête parlementaire	73
X.4. L’augmentation de la dotation budgétaire de l’Etat du secteur de la santé à 15% du budget global de l’Etat	74
X.5. La dissolution de la SOGEMAB	74
X.6. La Relecture de loi n 004-2015/CNT du 03 mars 2015 portant prévention et répression de la corruption au Burkina Faso	74
X.7. Le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives	74
X.8. La Mission d’information sur les médicaments de la rue et la consommation des boissons frelatés	74
CONCLUSION	75
LISTE DES TABLEAUX	80
ANNEXE: FICHE TECHNIQUE SOGEMAB	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Evolution des indicateurs de 2006 à 2016	8
Tableau n°2: Récapitulatif des infrastructures abritant des unités de soins dans les CMA	14
Tableau n°3: Récapitulatif des infrastructures abritant des unités de soins dans les CSPS.....	15
Tableau n°4: Effectifs des inscrits privés en IDE/SFME de l'ENSP de Ouahigouya	24
Tableau n°5 : Répartitions du nombre d'équipements acquis par la SOGEMAB selon les difficultés liées à ces équipements et à leur utilisation.	44
Tableau n° 6: Quelques factures de maintenance dressée par la SOGEMAB à la charge des CHU CDG.....	45
Tableau n°7 : Gestion des emprunts auprès de la CARFO et de la SONAPOST.....	56

ANNEXE: FICHE TECHNIQUE SOGEMAB

FICHE TECHNIQUE SOGEMAB

La Société de gestion de l'équipement et de la maintenance biomédicale (SOGEMAB) a été créée par décret n°2013-1217/PRES/PM/MICA/MEF/MS du 30 décembre 2013 dans l'objectif de doter les structures de santé d'équipements moderne à moindre coût à travers un Plan Spécial d'Equipement (PSE). Pour permettre à la SOGEMAB, d'accomplir sa mission avec efficacité, l'Etat a conclu avec elle un contrat plan dont les objectifs sont entre autres :

- fournir des équipements de qualité en adéquation avec les besoins des structures de santé ;
- assurer un contrôle de performance et de sécurité régulier sur les équipements qui seront soumis à une obligation de maintenance ;
- assurer de manière systématique la maintenance préventive des équipements sensibles selon les recommandations des fabricants et/ou les bonnes pratiques en vigueur dans le domaine ;
- assurer la maintenance curative des équipements et des installations techniques ;
- homogénéiser les équipements pour une gestion optimale de la maintenance et des pièces et consommables d'usage courant ;
- contribuer au développement des compétences nationales en matière de maintenance des équipements biomédicaux, de management des achats en santé et de gestion du parc des équipements ;
- contribuer à la promotion du secteur privé de la santé et des métiers connexes (infrastructures, électricité, réseaux et fluides techniques, froid, etc.) à travers la mise à disposition de matériels performants, la formation des acteurs de la santé du secteur privé, la maintenance, l'acquisition des équipements médico-techniques ;

- etc.

La présente fiche technique a pour but de faire un état de rapprochement de la situation d'exécution physique et financière de la SOGEMAB au regard des multiples plaintes enregistrées lors des auditions et les constats lors des sorties de terrain. La présentation s'articulera autour de trois (03) points à savoir l'analyse des attributions de la structure, l'examen des documents reçus par la Commission et la gestion des fonds mis à sa disposition.

1. L'analyse des missions de la SOGEMAB

Au regard des informations recueillies par la CEP, il convient d'examiner ses attributions en faisant le parallèle avec les différentes plaintes et constats :

1^{ère} mission : fournir des équipements de qualité en adéquation avec les besoins des structures de santé.

Sur ce plan, la Commission a constaté des équipements sophistiqués, généralement au-dessus des besoins des structures sanitaires. Au niveau du CHU-YO, plus précisément au service de laboratoire, l'appareil Cobas pour la biochimie, capable de faire 700 examens/heure n'est plus utilisé depuis 6 mois parce que non rentable. Cet appareil qui est sous-utilisé pourrait être efficace si l'on regroupait tous les examens des autres formations sanitaires pour les faire ensemble. Les scanners 64 barrettes des CHU-YO et CHU-SS sont sous-utilisés. Des scanners de 16 barrettes étaient plus indiqués selon les spécialistes rencontrés sur le terrain.

Au CHU-BC, au niveau de l'imagerie, le mammographe livré par la SOGEMAB n'est pas fonctionnel (problème de paramétrage et logiciel). Au niveau du laboratoire, le sysmex a été livré par la SOGEMAB sans imprimante et le Bac Alert livré par la même société en 2015 n'est pas fonctionnel.

Par ailleurs, la qualité de certains équipements est douteuse : cas du scanner 64 barrettes au CHU-YO avec un problème de logiciel, du CHUP-CDG avec des problèmes de logiciels pour la table numérisée directe (généralement des logiciels version craquée « piratés »), de l'échographe au CHUR-O dont les images sont

floues. Au CHR de Banfora, l'appareil de mammographie, a été livré par TM diffusion en 2013 sans les accessoires et par conséquent n'a jamais fonctionné.

Etude de cas : un PV de pré-réception emblématique du 16 juin 2015 du marché n°2013-010/MS/SG/AGEMAB/DG du 13 mai 2013 de TM DIFFIUSION suivant appel d'offres n°2013-003/MS/SG/AGEMAB/DG/GM du 13/05/2013 portant acquisition, installation et mise en service d'équipements d'imagerie médicale au profit du CHUP-CDG. Ce PV de pré-réception indique insuffisances par équipement dans ce qui suit :

La table de radiologie os-poumon numérisé direct :

- capteur plan en fil au lieu de sans-fil comme demandé ;
- écran de contrôle non tactile ;
- absence de dispositif d'immobilisation pour enfants ;
- absence de paravent plombé ;
- pas de formation des techniciens de maintenance du CHUP-CDG ;
- pas de formation des techniciens de la SOGEMAB.

Reprographe numérique de table :

- absence de lot de film conformément au Dossier d'appel d'offres (DAO) ;
- mauvaise qualité des images imprimées ;
- pas de formation des techniciens de maintenance du CHUP-CDG ;
- pas de formation des techniciens de la SOGEMAB.

Matériel de contention : conforme mais non adapté à la pédiatrie

Mammographie numérique :

- absence de pistolet et d'aiguilles de biopsie ;
- absence d'ampoule de rechange conformément au DAO, absence comblée par un système de centreur lumineux à LED avec une durée de vie de 40 000 heures ;

- pas de formation des techniciens de maintenance du CHUP-CDG ;
- pas de formation des techniciens de la SOGEMAB.

2^e mission : assurer un contrôle de performance et de sécurité régulier sur les équipements qui seront soumis à une obligation de maintenance.

La commission a constaté que cette attribution n'est pas été exercée par la SOGEMAB.

3^e mission : assurer de manière systématique la maintenance préventive des équipements sensibles selon les recommandations des fabricants et/ou les bonnes pratiques en vigueur dans le domaine.

La maintenance préventive des équipements dits sensibles n'est effective qu'au CHU-BC et ne concerne que l'IRM dont le coût annuel est de quatre-vingt-quatre millions (84 000 000) FCFA et le scanner, trente un millions (31 000 000) FCFA. L'absence de maintenance préventive a d'ailleurs été mentionnée dans les rapports d'intervention de la SOGEMAB. En effet, dans la facture de maintenance n°008/15 du 21 avril 2015, le rapport d'intervention a relevé comme observations : « *effectuer périodiquement la maintenance préventive, prévoir le remplacement de la pompe à vide* ». Il en est de même dans la facture de maintenance n°064/15 du 06 novembre 2015, où le rapport d'intervention a relevé comme observations : « *prévoir la maintenance préventive semestrielle* ». Cette mention dans les rapports d'intervention des maintenances est incompréhensible du fait du monopole de la maintenance par la SOGEMAB.

4^e mission : assurer la maintenance curative des équipements et des installations techniques.

Dans la pratique, cette attribution de la SOGEMAB pose problème. A titre illustratif, pendant la sortie terrain, tous les deux scanners du CHU-YO étaient en panne et il a fallu plusieurs semaines à la SOGEMAB pour procéder à leur réparation. Bien souvent, les appareils sont réparés plus de six mois après la notification de la panne à la SOGEMAB. C'est le cas du CHUR-O où au moment du

passage de la commission, l'appareil de radiologie avec table télécommandée venait juste d'être réparée après 6 mois de panne. A Banfora, l'appareil de radiologie télécommandée livrée par TM diffusion en 2013 est tombé en panne depuis janvier 2017 et notification a été faite à la SOGEMAB pour réparation. Mais, ce n'est qu'en juin 2017 et précisément le jour de l'arrivée de l'équipe que le technicien de la SOGEMAB est venu pour assurer la maintenance curative, soit une durée de 6 mois entre la panne et le début de la réparation. Malheureusement, la pièce de rechange amenée n'était pas adaptée. Les rapports de sorties terrain par équipe font un point non exhaustif de l'état des équipements livrés par la structures et les multiples appareils entreposés pour panne en attente de réparation.

5^e mission : homogénéiser les équipements pour une gestion optimale de la maintenance et des pièces et consommables d'usage courant.

Les sorties sur le terrain ont permis de découvrir une panoplie de marques. La commission a noté quelques marques suivantes : GAMBRO, MEDTRONIC, APELEM, SOCIMED, VERATHON, ADAPTIS, LABFREEZEER, SPIEGELBERG, MINDRAY, SCHILLER, RESUSCI, GORETEX, ALSEVIA, EDWARDS, STIMUPLEX, MATACHANA, BIOMERIEUX, HUMAN, HETTICH, SYSMEX, TOSHIBA, HOLTEX, HERSILL, ERBE, AESCULAP, AGILENT, CAMBERRA, EATON, PENTRA NEXUS, STUART, CHIAPPA ARREDAMENTI, AANDD, IHM, APELEX, BRENA, KARL STORZ, LIESEGANG COLPOSCOPY, SIMENS, FUJIFILM, CABLAS, BIOMERIEUX, OHAUS, HEMOCUE, WTW, TITANOX, FUNERALIA, OHAUS et DRAEGER. Par conséquent l'homogénéisation des marques d'équipements n'est pas effective.

6^e mission : contribuer au développement des compétences nationales en matière de maintenance des équipements biomédicaux, de management des achats en santé et de gestion du parc des équipements.

Les techniciens de maintenance rencontrés sur le terrain ont dénoncé l'absence de transfert de compétences par la SOGEMAB. En effet, lors des maintenances des équipements, les techniciens des structures sanitaires ne sont pas impliqués. Sur le terrain, les techniciens ont affirmé que les maintenanciers de

la SOGEMAB ne sont pas proactifs en matière de transfert de compétences. Des propositions ont même été faites afin d'inverser cette tendance. Il s'agit d'organiser des ateliers régionaux de maintenance, d'associer les techniciens pendant les travaux de diagnostic et de réparation. Conscient de la situation, la SOGEMAB a par lettre n°2016-234/SOGEMAB/DG/DT/ks adressé une correspondance aux directeurs régionaux de la santé dans laquelle il est écrit : « ***Il me revient que certains techniciens de maintenance de vos structures respectives se plaignent du fait qu'en raison de la signature du contrat plan entre l'Etat et la SOGEMAB, ils se retrouveront désœuvrés et n'auront plus rien à faire...*** ».

En analysant quelques-unes des attributions de la SOGEMAB et au regard de tout ce qui précède, on peut conclure que la SOGEMAB éprouve d'énormes difficultés à remplir les missions à elle confiées. Il convient maintenant d'analyser quelques-uns des documents dont dispose la commission concernant les maintenances.

2. L'analyse des documents demandés par la Commission

La commission présentera seulement six (06) cas du CHU – CDG à la représentation nationale afin d'illustrer le fonctionnement de la SOGEMAB et le coût des prestations.

1^{er} cas : une disproportion entre le coût des pièces et de la main d'œuvre :

- dans la facture de maintenance n°064/15 du 06 novembre 2015, le coût du diagnostic et de la réparation de quatre équipements (automate d'hématologie Mindray BS du service de laboratoire, de la chambre froide de la morgue, du local TGBT, du stérilisateur horizontal ESSE 3 du bloc opératoire/stérilisation) des 18, 19, 25 et 27 août 2015 s'élève à un millions cinq cent mille (1 500 000) FCFA pour 15 h de travail soit, cent mille (100 000) F CFA par heure de travail selon le rapport d'intervention tandis que le montant total des pièces de rechange est de cent vingt-sept mille cinq cent trente-neuf (127 539) FCFA.

- dans la facture de maintenance n°028/15 du 19 mai 2015, le coût du diagnostic et de la réparation de l'armoire des batteries de condensateur du 4 au 5 mai 2015 s'élève à cinq cent mille (500 000) FCFA pour 5 h de travail selon le rapport d'intervention soit cent mille (100 000) F CFA par heure de travail tandis que les pièces de rechange coûtent soixante-six mille deux cent cinquante (66 250) FCFA ;
- dans la facture de maintenance n°055/15 du 04 novembre 2015, le coût du diagnostic et de la réparation des équipements deux (02) lavabos aseptiques plus une table de réanimation du service de nourrisson s'élève à 500 000 FCFA pour 3 h de travail selon le rapport d'intervention soit cent soixante-six mille (166 000) F CFA par heure de travail avec des pièces de rechange d'une valeur de 250 000 FCFA et une TVA de 135 000 FCFA ;
- dans la facture de maintenance n°008/15 du 21 avril 2015, le coût du diagnostic et de la réparation de l'autoclave Esse 3 model : ES-S284TP, SN : 52004020 s'élève à un million huit cent mille (1 800 000) FCFA pour 18 heures de travail selon le rapport d'intervention soit cent mille (100 000) F CFA par heure de travail avec des pièces de rechange d'une valeur de vingt-trois mille sept cent cinquante (23 750) FCFA. Cependant, la valeur des pièces de rechange indiquée dans ledit rapport fait état d'une somme de dix-neuf mille (19 000) FCFA. Il y a un écart de quatre mille sept cent cinquante (4 750) F CFA.

2^e cas : des surfacturations :

- dans la facture d'équipement n°86/2014 du 31/12/2014, l'appareil de radiologie télécommandé numérisé direct a coûté au CHUP-CDG la bagatelle de quatre cent un millions cent dix millions sept cent quatre-vingt-dix-neuf (401 110 799) FCFA HT. La facture proforma obtenue pour un appareil de ce type, dernière génération coûte avec les frais d'installation environ quatre-vingt-quinze millions (95 000 000) FCFA. Le prix d'acquisition de l'appareil est quatre fois plus élevé que le coût moyen du marché.

3^e cas : des coûts de maîtrise d'ouvrage délégué (MOD) exorbitants :

- dans la facture d'équipement n°86/2014 du 31/12/2014, l'appareil de radiologie télécommandé numérisé direct et le reprographe numérique de table ont coûté au CHUP-CDG, quatre cent treize millions cent soixante-deux mille deux cent trente-quatre (413 162 234) FCFA. Pour cette prestation, la MOD a coûté vingt-deux millions sept cent vingt-trois mille neuf cent vingt-trois (22 723 923) FCFA soit 18,18% du montant du marché. Ce taux est largement supérieur à la norme qui est de 5% ;
- dans la facture de maintenance n°28/2014 du 31/12/2014, six éclairages opératoires mobiles avec batterie et deux éclairages opératoires plafonniers ont coûté au CHUP-CDG, soixante-neuf millions cinq cent soixante-dix mille huit cent trente-huit (69 570 838) FCFA. Pour cette prestation, la MOD a coûté trois millions huit cent vingt-six mille trois cent quatre-vingt-seize (3 826 396) FCFA soit 18,18% du montant du marché ;
- dans la facture d'équipement n°87/2014 du 31/12/2014, une colonne d'endoscopie pour urologie pédiatrique a coûté au CHUP-CDG, quatre-vingt-seize millions six cent vingt-huit mille cinq cent seize (96 628 516) FCFA. Pour cette prestation, la MOD a coûté cinq millions trois cent quatorze mille cinq cent soixante-huit (5 314 568) FCFA soit 18,18% du montant du marché ;
- dans la facture de maintenance n°85/2014 du 31/12/2014, pour l'acquisition d'équipements d'imagerie d'une valeur totale de quatre cent cinquante-trois millions trois cent seize mille neuf cent trente un (453 316 931) FCFA, le CHUP-CDG a payé vingt-quatre millions neuf cent trente-deux mille quatre cent trente un (24 932 431) FCFA au titre de la MOD soit 18,18% du montant du marché.

4^e cas : des interventions à répétitions :

Dans la facture de maintenance n°23/2015/tm du 15 mai 2015, le diagnostic et la réparation de l'automate d'hématologie CELL-DYN 3200 **du 06 mai 2015**, a

coûté au CHUP-CDG, huit cent cinq mille (805 000) FCFA et la valeur des pièces cent trente-sept mille cinq cents (137 500) FCFA. Un mois après, soit **le 08 juin 2015**, le diagnostic et la réparation du même appareil a coûté au CHUP-CDG, huit cent cinq mille (805 000) FCFA et la valeur des pièces soixante-six mille deux cent cinquante (66 250) FCFA (confère facture de maintenance n°51/2015/td du 13 octobre 2015 portant diagnostic et maintenance curative et préventive de l'automate d'hématologie CELL-DYN 3200SL **du 08 mai 2015**).

En résumé, entre le 06 mai 2015 et le 08 juin 2015, la valeur cumulée du coût de diagnostic et de réparation de l'automate d'hématologie CELL-DYN 3200 s'élève à un million six cent dix mille (1 610 000) FCFA tandis que la valeur cumulée du coût des pièces s'élève à deux cent trois mille sept cent cinquante (203 750) FCFA. Il faut signaler que la pièce appelée péristaltic pomp tubing a été changée au cours des deux maintenances et à deux prix différents.

5^e cas : des équipements non conformes :

- des équipements livrés non conformes aux spécifications. En effet, le même type d'appareil de radiologie télécommandé numérisé direct, a été livré au CHUP-CDG et au CHU-YO en 2015. Dans les DAO de ces appareils, c'est une table de radiologie avec un capteur sans fil qui a été commandé mais c'est une table de radiologie avec un capteur plan en fil qui a été livré ;
- des marchés sans références et sans spécifications techniques : dans une des lettres adressée au DG du CHUP-CDG par le service de maintenance dudit CHU dont l'objet porte sur le rapport de la non réception de l'automate d'hématologie au laboratoire, il est écrit : « ***...comme mentionné dans le procès-verbal de constat dudit automate, le fournisseur tout comme la SOGEMAB n'a pas pu fournir une copie du marché ou de l'offre technique afin que l'on procède à l'appréciation de la conformité entre les spécifications techniques proposées par ARCOA et celles demandées par la SOGEMAB. Toute chose qui a prévalu au non déballage de l'équipement contenu dans les cartons et partant, la non réception...*** ».

Par ailleurs, les techniciens du CHUP-CDG sont entrés en contact avec la SOGEMAB pour avoir les documents relatifs à l'appareil en vain ;

- des réserves de réception des équipements non levées. Dans la lettre ci-dessus citée, on peut lire : « *...nous tenons à vous rappeler que des réserves posées lors d'une réception d'équipements en juin 2015 et bien d'autres équipements commandés par la SOGEMAB ne sont toujours pas levées contrairement aux promesses fermes données par les représentants de la SOGEMAB pour les lever* ».

6^e cas : des coûts des équipements qui varient d'un CHU à un autre :

Dans la facture d'équipement n°86/2014, le reprographe numérique de table a coûté au CHUP-CDG, douze millions cinquante un mille quatre cent trente-cinq (12 051 435) FCFA HT tandis que ce même équipement a été livré au CHU-YO à un prix inférieur et le montant est de dix millions six cent quatre-vingt-dix mille cinq cent quatre six (10 690 586) FCFA HT soit une différence de un million trois cent soixante mille cinq cent quatre-vingt-six (1 360 586) FCFA.

Dans la facture d'équipement n°28/2014, l'éclairage opératoire mobile avec batterie a coûté au CHUP-CDG, neuf millions trois cent dix-neuf mille quatre cent quarante-neuf (9 319 449) FCFA HT l'unité tandis que ce même équipement a été livré au CHU-YO à un prix inférieur et le montant est de sept millions neuf cent trente-huit mille cinq cent soixante-huit (7 938 568) FCFA HT soit une différence d'un million trois cent quatre-vingt mille cinq cent quatre-vingt-un (1 380 581) FCFA. Dans cette même facture, l'éclairage opératoire plafonnier a coûté au CHUP-CDG, 6 827 071 FCFA HT l'unité tandis que ce même équipement a été livré au CHU-YO à un prix inférieur et le montant est de cinq millions huit cent soixante-treize mille cent seize (5 873 116) FCFA HT soit une différence de neuf cent quatre-vingt-trois mille neuf cent cinquante-cinq (983 955) FCFA.

Conclusion :

Pendant les sorties sur le terrain au niveau du CHUP-CDG, l'équipe a effectivement constaté que les équipements et certains accessoires ne sont pas

adaptés aux enfants. Par ailleurs, selon les chiffres du service de réanimation, le taux de mortalité élevé est imputable au matériel dont :

- environ 30% de décès pour les enfants ;
- 60% de décès pour les nouveau-nés.

Malgré ces chiffres alarmants, la SOGEMAB continue la livraison des équipements qui ne permettront sans doute pas d'inverser la tendance.

3. La gestion des fonds mis à la disposition de la SOGEMAB

Dans le cadre du Plan spécial d'équipement (PSE), l'Etat a mobilisé par voie d'emprunt 25 743 352 000 FCFA auprès de la SONAPOST et de la CARFO et a chargé la SOGEMAB (alors AGEMAB) de contracter les emprunts en son nom ainsi qu'il suit:

- emprunt SONAPOST pour un montant de 10 743 352 000 FCFA au taux de 7,25% remboursable en sept (07) ans avec un (01) an de différé ;
- emprunt CARFO pour un montant de 15 000 000 000 FCFA au taux de 6,5% remboursable en sept (07) ans avec un (01) an de différé.

Le montant annuel alloué aux équipements des structures ci-dessous au titre du budget de l'Etat est directement versé dans un compte ouvert au nom de la SOGEMAB. Dès lors, il appartient à chaque structure d'exprimer ses besoins à la SOGEMAB qui procède à la commande et à la livraison. Pour connaître le reliquat de son budget logé dans le compte de la SOGEMAB, il appartient à chaque structure d'écrire à ladite société pour avoir le point. Certaines structures avouent ne pas connaître le reliquat du budget de leurs équipements.

Cependant, la CEP a pu recueillir des informations. La gestion de l'emprunt des 25 743 352 000 FCFA auprès de la CARFO et de la SONAPOST est consignée dans le tableau ci-dessous.

Structures	Montant acquisition	Frais MOD SOGEMAB	Coût de reviens
LNSP	1 746 632 022	103 051 289	1 849 683 311
Montant alloué à l'équipement			1 953 554 400
Budget disponible			103 871 089
OST	619 433 015	36 546 548	655 979 563
Montant alloué à l'équipement			941 659 465
Budget disponible			285 679 902
HN BC	3 691 210 518	217 781 421	3 908 991 938
Montant alloué à l'équipement			4 170 892 000
Budget disponible			261 900 062
ENSP	318 780 540	18 808 052	337 588 592
Montant alloué à l'équipement			330 667 110
Budget disponible			-6 921 482
CNTS	700 612 902	41 336 161	741 949 063
Montant alloué à l'équipement			735 103 695
Budget disponible			-6 845 368
CHU YO	2 906 671 067	171 493 593	3 078 164 660
Montant alloué à l'équipement			3 124 352 360
Budget disponible			46 187 700
CHU SS	3 021 077 203	178 243 555	3 199 320 758
Montant alloué à l'équipement			3 112 916 280
Budget disponible			-86 404 478
CHU CDG	1 715 159 985	101 142 680	1 815 425 398
Montant alloué à l'équipement			1 742 789 945
Budget disponible			-72 635 453
CHR Tenkodogo	486 515 062	28 704 389	515 219 451
Montant alloué à l'équipement			625 401 125
Budget disponible			110 181 674
CHR Ouahigouya	553 013 921	32 627 821	585 641 742
Montant alloué à l'équipement			597 771 940
Budget disponible			12 130 198
CHR Koudougou	1 446 239 634	85 328 138	1 531 567 773
Montant alloué à l'équipement			1 528 835 225
Budget disponible			-2 732 548
CHR Kaya	683 715 862	40 339 236	724 055 098
Montant alloué à l'équipement			657 418 570

Budget disponible			- 66 636 528
CHR Gaoua	906 373 338	53 476 027	959 849 365
Montant alloué à l'équipement			952 530 880
Budget disponible			- 7 318 485
CHR Fada	1 084 751 227	64 000 322	1 148 751 549
Montant alloué à l'équipement			1 110 040 555
Budget disponible			- 38 710 994
CHR Dori	668 385 171	39 434 725	707 819 896
Montant alloué à l'équipement			698 334 215
Budget disponible			- 9 485 681
CHR Dédougou	678 404 613	40 025 872	718 430 485
Montant alloué à l'équipement			741 904 735
Budget disponible			23 474 250
CHR Banfora	735 986 435	43 423 200	779 409 635
Montant alloué à l'équipement			793 273 420
Budget disponible			13 863 785
MURAZ	678 040 431	40 004 385	718 044 816
Montant alloué à l'équipement			744 456 265
Budget disponible			26 411 449
Total Général	22 641 002 946	1 335 767 415	23 975 893 094
			24 561 902 185
			586 009 091

Sur les 25 743 352 000 FCFA empruntés, la gestion se résume comme suit :

- montant total des acquisitions des différentes structures : **22 641 002 946 FCFA** ;
- le coût de la maîtrise d'ouvrage déléguée (MOD) de la SOGEMAB : **1 335 767 415 FCFA** ;
- le reliquat du budget de toutes les structures : **586 009 091 FCFA** ;
- le total des acquisitions, de la MOD de la SOGEMAB et du reliquat du budget : **24 561 902 185 FCFA** ;

Le montant introuvable : 595 440 724 FCFA.