

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice



**PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LA SANTE REPRODUC-
TIVE, MATERNELLE, NEONATALE, INFANTILE, DES
ADOLESCENTS, DES JEUNES ET DE LA PERSONNE AGEE
(SRMNIA-PA) 2017-2020**

VERSION FINALE

Décembre 2017

PREFACE

Depuis plusieurs décennies, le Burkina Faso s'est engagé dans un processus de planification sectorielle à travers les plans nationaux de développement sanitaire dont le dernier en date couvre la période 2011-2020. Cela s'est traduit par une mobilisation effective de tous autour d'objectifs uniques avec comme conséquence, une amélioration continue des principaux indicateurs de santé au plan national.

Si de manière globale, les indicateurs s'améliorent, il faut cependant noter que pour certains groupes spécifiques de la population, les progrès sont faibles au regard de nos engagements internationaux en faveur des Objectifs de Développement Durable (ODD). Il s'agit notamment des mères, des nouveau-nés, des enfants de moins de cinq ans ainsi que des jeunes et des adolescents. Notre volonté à inverser la tendance s'est traduite dans l'élaboration de plans stratégiques spécifiques ciblant chacun de ces groupes cibles au cours de la décennie écoulée ainsi que pour les cinq prochaines années. C'est le lieu pour moi d'adresser tous mes remerciements aux Départements étatiques, aux ONG et associations ainsi qu'aux partenaires techniques et financiers qui nous accompagnent dans cette quête permanente d'un meilleur état de santé de ces populations cibles.

Tirant leçon des expériences acquises notamment de l'évaluation des différents plans spécifiques, mon département s'est engagé à aller au-delà de ces cibles spécifiques pour définir une vision holistique autour de l'ensemble du cycle de vie. Il s'agit pour nous de disposer de « référentiel » unique, pour une réponse fédératrice, holistique et mieux coordonnée pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, des jeunes et adolescents ainsi que des personnes âgées pour la période 2017-2020.

La réussite de cette nouvelle approche nécessite l'engagement ferme de tous les acteurs pour une avancée plus significative vers l'atteinte de nos objectifs.

Je félicite chaque acteur pour sa contribution à l'élaboration du présent plan stratégique intégré

J'exhorte tous les intervenants à se l'approprier et à en faire un outil de planification de référence pour contribuer à la résolution des problèmes de santé de tous et à tout âge au Burkina Faso.

Le Ministre de la Santé

Professeur Nicolas MEDA
Chevalier de l'ordre national

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|------------|
| PREFACE | II |
| TABLE DES MATIERES | III |
| SIGLES ET ACRONYMES | 5 |
| INTRODUCTION | 7 |
| 1 CADRE CONCEPTUEL ET PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN | 9 |
| 1.1. Cadre conceptuel..... | 9 |
| 1.2. Processus d'élaboration..... | 10 |
| 2 ANALYSE SITUATIONNELLE | 12 |
| 2.1 Contexte général..... | 12 |
| 2.2 Système de santé | 14 |
| 2.2.1 Orientations politiques et organisation du système de santé | 14 |
| 2.2.2 Performances globales du système de santé | 15 |
| 2.3 Situation de la SRMNIA-PA..... | 18 |
| 2.3.1 Orientations politiques et programmatiques en matière de SRMNIA-PA | 18 |
| 2.3.2 Performances en matière de SRMNIA-PA..... | 20 |
| 2.3.2.1. Santé de la mère, du nouveau-né et des enfants de moins de cinq ans.. | 20 |
| 2.3.2.2 Santé des adolescents et des jeunes | 27 |
| 2.3.2.3 Santé des personnes âgées | 30 |
| 2.3.2.4. Axe transversal : planification familiale | 33 |
| 3 PROBLEMES PRIORITAIRES ET PRINCIPAUX DEFIS | 37 |
| 3.1 Les problèmes prioritaires | 37 |
| 3.1.1 Problèmes liés au système de santé..... | 37 |
| 3.1.2 Problèmes liés au contexte socioéconomique..... | 40 |
| 3.1.3 Problèmes spécifiques à chaque thématique | 41 |
| 3.2 Principaux défis à l'horizon 2020..... | 42 |
| 4 PLAN STRATEGIQUE INTEGRE | 45 |
| 4.1 Fondements programmatiques du plan stratégique | 45 |
| 4.2 Objectifs..... | 45 |
| 4.2.1 Objectif général..... | 45 |
| 4.2.2 Objectifs spécifiques | 45 |
| 4.3 Principes directeurs | 46 |
| 4.3.1 Le renforcement du leadership et la coordination intrasectorielle | 46 |
| 4.3.2 Le renforcement de la collaboration intersectorielle | 46 |
| 4.3.3 Le renforcement de l'approche intégrée..... | 48 |
| 4.4 Axes d'intervention..... | 49 |
| 4.4.1 Axes d'intervention au niveau du système de santé..... | 49 |
| 4.4.2 Axes d'interventions au niveau du contexte socioéconomique..... | 59 |
| 4.5 Tableau de suivi des indicateurs de performance | 61 |
| 4.6 Mise en œuvre..... | 63 |
| 4.6.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre..... | 63 |
| 4.6.2 Dissémination | 64 |
| 4.6.3 Processus de planification | 64 |
| 4.6.4 Suivi et évaluation..... | 65 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.7 | Hypothèses budgétaire | 66 |
| 4.7.1 | Financement du plan stratégique intégré | 66 |
| 4.7.2 | Description du cadrage financier du Plan stratégique intégré..... | 66 |
| 4.7.3 | Résumé des coûts du plan..... | 67 |
| 4.8 | Conditions et hypothèses de succès dans la mise en œuvre | 70 |
| 4.8.1 | Consensus sur les défis de l'intégration | 70 |
| 4.8.2 | Mobilisation effective des ressources financières..... | 70 |
| 4.8.3 | Coordination effective de l'ensemble des acteurs | 71 |
| 5 | LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS | 72 |

SIGLES ET ACRONYMES

| SIGLES | DENOMINATIONS |
|--------------|--|
| AGS | Association génération solidaire |
| AMU | Assurance maladie universelle |
| ARV | Anti rétroviral |
| ASBC | Agent de santé à base communautaire |
| CAMEG | Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques |
| CARFO | Caisse Autonome de retraite des fonctionnaires |
| CCSC | Communication pour le changement social et comportemental |
| CHR | Centre hospitalier régional |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CI-PD | Conférence internationale Population et développement |
| CM | Centre médical |
| CMA | Centre médical avec antenne chirurgicale |
| CNSS | Caisse nationale de sécurité sociale |
| COGES | Comité de gestion |
| CPN | Consultation prénatale |
| CSPS | Centre de santé et de promotion sociale |
| DGESS | Direction générale des études et statistiques sectorielles |
| DRD | Dépôt répartiteur de district |
| DRS | Direction régionale de la santé |
| DS | District sanitaire |
| DSF | Direction de la santé et de la famille |
| ECD | Equipe cadre de district |
| EDS | Enquête démographique de santé |
| EMC | Enquête multisectorielle continue |
| EMDS | Enquête sur le Module Démographie et Santé |
| eTME | Elimination de la Transmission mère enfant |
| FBR | Financement basé sur les résultats |
| FDC | Fondation pour le développement communautaire |
| IEC | Information, éducation et communication |
| INSD | Institut national des statistiques et de la démographie |
| IPC | Initiative privée communautaire |
| IST | Infection sexuellement transmissible |
| JANS | Joint Assessment of National Health Strategies and Plans (Evaluation Conjointe des Stratégies et Plans de Santé Nationaux) |
| MEG | Médicaments essentiels génériques |
| MGF | Mutilation génitale féminine |
| MS | Ministère de la santé |
| ODD | Objectif de développement durable |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le développement |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |

| | |
|------------------|---|
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| PA | Personne âgée |
| PCA | Paquet complémentaire d'activité |
| PCIME | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant |
| PF | Planification familiale |
| PMA | Paquet minimum d'activité |
| PNDES | Plan national de développement économique et social |
| PNDS | Plan national de développement sanitaire |
| PNPS | Politique national de protection sociale |
| PNS | Politique nationale de la santé |
| PNUD | Programme des nations unies pour le développement |
| PSSJ | Plan stratégique de santé des jeunes |
| PTF | Partenaires techniques et financiers |
| PTF | Partenaire technique et financier |
| PTME | Programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH |
| RGPH | Recensement général de la population et de l'habitation |
| SFE/ME | Sage-femme d'Etat / Maïeuticien d'Etat |
| SIDA | Syndrome de l'immunodéficience acquise |
| SIS | Système d'information sanitaire |
| SMNI | Santé maternelle, néonatale et infantile |
| SONU | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence |
| SONUB | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base |
| SONUC | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets |
| SPA | Santé des personnes âgées |
| SR | Santé de la reproduction |
| SRAJ | Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes |
| SRMNIA-PA | Santé de la reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents Personnes âgées |
| SSAAJ | Standards de services de santé adaptés aux adolescents/jeunes |
| SSP | Soins de santé primaires |
| SSR | Santé sexuelle et reproductive |
| SSRAJ | Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes |
| UNFPA | United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population) |
| UNICEF | United Nations Found for Children and Education |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, la situation de la santé de la mère et de l'enfant demeure préoccupante, malgré les efforts consentis par le gouvernement au cours des dix dernières années. La fécondité n'a pas connu de changement significatif entre 2003 et 2010 et l'indice synthétique de fécondité est passé de 6,2 en 2003 à 6,0 en 2010 (EDS) et 5,4 en 2015 (EMC 2015). Chez les adolescentes, la fécondité reste aussi élevée avec un taux de 117 (EMDS) naissances pour mille filles âgées de 15-19 ans. Quant au ratio de mortalité maternelle, il est estimé à 330 décès pour cent mille naissances vivantes (EMDS 2015); même si on note une amélioration par rapport à 2010 (341 pour cent mille naissances vivantes (EDS 2010), il n'a toujours pas atteint le niveau indiqué dans le plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015 (feuille de route nationale) qui est de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en ramenant le ratio de mortalité maternelle à 141,5 pour cent mille naissances vivantes en 2015. La malnutrition chronique touche environ un tiers des enfants de moins de cinq ans (27,3%) et 7,6% d'entre eux souffrent de malnutrition aiguë globale (Enquête nutritionnelle 2016). La mortalité infanto juvénile reste encore élevée à 81,6‰ (EMDS 2015). Les jeunes sont les principales victimes des IST et du VIH/SIDA, des grossesses non désirées, des avortements clandestins, des traumatismes, des violences de tout genre. Très peu de données sont disponibles sur la morbidité et la mortalité spécifique aux personnes âgées. On note cependant que la majorité de la population (97,3%) selon l'enquête STEPS 2013, était exposée à au moins un facteur de risque commun aux maladies non transmissibles. Cette enquête relève que 33,4% des personnes âgées de 55-64 ans ont été diagnostiqués hypertendus contre une moyenne nationale de 16,8%.

Dans l'optique d'adresser des stratégies adéquates pour l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, le Ministère de la santé a élaboré et mis en œuvre une série de documents de référence dont: (i) le plan national de relance de la planification familiale 2013-2015; (ii) le plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction 2009-2015; (iii) la mise en œuvre des cellules villageoises de gestion des urgences obstétricales et néonatales; (iv) la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. (vi) le Programme national de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pour la période 2011-2015 et (vii) le Programme national de lutte contre les fistules obstétricales 2011-2015.

Ces différents référentiels étant arrivés à échéance, une évaluation a été faite sous la coordination de la DSF. A l'issue de ce processus d'évaluation, il est retenu le principe d'élaborer un plan consolidé qui doit servir de « référentiel » unique, pour une réponse fédératrice, holistique et mieux coordonnée pour la santé reproductive, la réduction de la morbidité et de la mortalité

maternelle, néonatale et infanto-juvénile, la santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées pour la période 2017-2020. Le présent document constitue une réponse à ce principe et comporte en plus de la présente introduction:

- Le cadre conceptuel et le processus d'élaboration du plan stratégique intégré
- Une analyse situationnelle
- Les éléments constitutifs du plan stratégique intégré
- Les conditions de succès dans la mise en œuvre
- Une conclusion

1 CADRE CONCEPTUEL ET PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN

1.1. Cadre conceptuel

Le processus vise à rendre disponible un plan intégré de la santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, du jeune et de la personne âgée pour la période 2017-2020. Il faut noter qu'il s'agit d'un premier exercice du genre devant compléter utilement les plans spécifiques traditionnellement élaborés pour les différentes cibles de la SRMNIA-PA.

Ce plan devra comporter (i) une analyse de la situation de la SRMNIA-PA en s'appuyant entre autres sur les résultats de l'évaluation conjointe des programmes et projets échus de la DSF (ii) une définition claire et précise des priorités, buts, objectifs et résultats attendus (iii) des orientations stratégiques consolidées SRMNIA-PA pour la période 2017-2020 assorti d'un cadre général de mise en œuvre et de suivi des performances.

Au-delà des avantages que peut procurer un cadre programmatique unique intégrant plusieurs cibles, la présente approche est fondée sur une vision holistique de la personne humaine à différents stades de son développement: du nouveau-né à la personne âgée en passant par les enfants, les adolescents et les jeunes. Il s'agit de produire un référentiel qui offre une plus grande visibilité dans la production de services de santé qui ciblent l'ensemble des périodes cruciales du cycle de vie. Dans un contexte économique difficile, ce document apparaît également comme une réponse à un besoin d'intégrer les ressources tant financières, matérielles qu'humaines pour plus d'efficacité dans l'offre des services de SR accessibles à tous. Un des défis dans la conception de ce plan stratégique est d'opérer une bonne synergie avec les plans stratégiques spécifiques déjà élaborés et adoptés pour certaines cibles de la SRMNIA-PA. Il s'est agi non pas de faire une compilation de ces plans, mais de concevoir un plan qui permet d'avoir une vision globale de la prise en charge des cibles de la SRMNIA-PA par un système de santé dont l'approche centrale est l'intégration. A termes, ce plan stratégique intégré devrait servir de cadre d'élaboration des plans spécifiques pour une plus grande cohérence dans la mobilisation des ressources et dans l'opérationnalisation.

1.2. Processus d'élaboration

La démarche méthodologique d'élaboration du plan intégré s'est appuyée en grande partie sur l'utilisation de l'outil JANS, approche d'évaluation participative suivant les cinq critères fondamentaux décrits ci-après: (i) Analyse de la situation et programmation, (ii) Processus; (iii) Coûts et cadre budgétaire de la stratégie; (iv) Mise en œuvre et gestion et (v) Suivi, évaluation et révision.

Plutôt que sur le processus d'évaluation, il s'est agi d'appliquer l'outil JANS dans le sens de la planification afin de donner au plan stratégique toutes les qualités requises. La planification stratégique se définit de plusieurs manières. La définition suivante a été retenue dans le cadre du présent plan «c'est le planning des décisions importantes qui auront des conséquences à long terme »¹. Il découle d'une planification normative au sein du Ministère de la santé, qui a déjà défini les principales orientations. Il s'agit d'un instrument au service de la vision du Ministère mais aussi d'un engagement public envers les citoyennes et les citoyens notamment en ce qui concerne les cibles de la SRMNIA-PA.

Les défis majeurs du processus ont été : (i) d'assurer une adéquation entre les options du plan stratégique et les visions déjà définies au plan national (PNDES, PNS, PNDS) ainsi que les initiatives mondiales (ii) d'assurer une cohérence du plan stratégique avec les orientations (objectifs et actions prioritaires) définis dans des plans déjà adoptés pour la même période et pour les mêmes cibles (iii) d'assurer une cohérence interne entre les priorités définies et les attentes des populations (pertinence). Ces défis ont été relevés à travers une démarche qui a privilégié une analyse approfondie des documents existants mais également une implication constante des principaux acteurs dans les différentes étapes du processus de planification. Un autre défi méthodologique a été celui de la notion du « plan intégré ». L'option a été faite non pas de procéder à une compilation des plans stratégiques déjà élaborés, mais d'en faire une synthèse autour des principales options dont la prise en compte permet d'assurer une couverture effective des cibles de la SRMNIA-PA et une atteinte des résultats déclinés dans ces différents plans.

¹ R. Pinault : la planification sanitaire de la santé, concepts méthodes et stratégies, éditions revue et corrigée, 1995

La démarche d'ensemble a combiné :

- Une large revue documentaire ;
- Le développement d'orientations de base autour des différents segments du plan stratégique (Analyse situationnelle, objectifs et actions prioritaires, dispositif de mise en œuvre, suivi et évaluation) ;
- Une revue de ces propositions par les principaux acteurs concernés ;
- La production d'un document provisoire ;
- La validation et l'adoption de ce document provisoire.

2 ANALYSE SITUATIONNELLE

2.1 Contexte général

Pays continental situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, s'étend sur une superficie de 274 000 km². Le pays est divisé en circonscriptions administratives et en collectivités territoriales avec 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales). Depuis 1991 le pays s'est engagé dans un processus démocratique et un processus de décentralisation du territoire. A partir de 2006, les départements ont été érigés en communes rurales gérées par des conseils municipaux élus au suffrage universel

Au plan démographique, la population était estimée en 2016 à 19 034 399² d'habitants avec 51,7% de femmes³. En 2017, cette population est estimée à 19,6 millions d'habitants et il est projeté qu'elle atteindra les 21,5 millions en 2020. Selon la même source (INSD, 2009), le rythme de croissance est de 3,1% /an avec un indice synthétique fécondité de 5,4 pour l'ensemble du pays. 77,3% de la population⁴ est rurale. Elle est en majorité jeune avec un âge moyen de 21,8 ans. Pour 2014, la proportion estimée de jeunes âgés de:

- 6 à 9 ans est de 12,56% dont 48,32% de sexe féminin;
- 10 à 19 ans est de 24,28% dont 49,49% de sexe féminin;
- 15 à 24 ans représentent 19,28% dont 51,33% de sexe féminin;
- 10 à 24 ans représentent 43,55% dont 51,31% de sexe féminin.
- Les plus de 60 ans représentent 4% de la population totale selon les projections du RGPH reprises dans le PS PA 2016-2020

Au plan économique, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés et classé 183^{ème} sur 188 pays avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,402 en

² MS/DGESS/DSS : Annuaire Statistique 2016.

³ PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES DE 2007 A 2020. Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso. Aout 2009

⁴ RAPPORT ENQUÊTE MULTISECTORIELLE CONTINUE (EMC), PHASE 1 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION. Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso. Février 2015.

2015⁵. Selon l'Enquête Multisectorielle Continue (EMC) de 2014⁶ sur le profil de pauvreté et d'inégalités, la pauvreté au Burkina est essentiellement rurale avec une incidence de 47,5% contre 13,7% en milieu urbain. Par ailleurs, on observe de nombreuses inégalités entre régions du pays avec une concentration de 60% des pauvres dans cinq régions (le Nord, la Boucle du Mouhoun, le Centre-Ouest, le Centre-Nord et l'Est).

Le taux net de scolarisation était de 62,2%. Les indices de parité filles/garçons étaient de 0,98 pour le niveau d'admission et de 0,96 pour le niveau de scolarisation (MENA, 2012)⁷. Selon la même source, le taux d'achèvement scolaire est de 55,1%. Quant au taux d'alphabétisation, il est de 28,7%⁸. La majorité de la population reste analphabète (71,3%). Quant au taux brut de scolarisation au secondaire, il a connu une hausse de 15,5 points de pourcentage passant de 10,5% (7,6% pour les filles et 13,4% pour les garçons) en 1997/1998 à 25,7% (22,4% pour les filles et 29,1% pour les garçons) en 2011/2013.

Le processus de décentralisation au Burkina Faso a réellement pris ses marques avec l'adoption de la loi n°055-2004/AN du 21 décembre 2004 portant code général des collectivités territoriales (CGCT), ses différents modificatifs et ses textes d'application. Cette loi a consacré deux niveaux de collectivités couvrant l'ensemble du territoire, la commune et la région. Le transfert des compétences et des ressources à la commune en matière de santé et d'hygiène est dès lors opéré par le décret n°2014-938/PRES/PM/MATD/MEF/MS/-MFPTSS du 10 octobre 2014. Tout comme pour les autres domaines, le transfert des compétences et des ressources à la région en matière de santé et d'hygiène est seulement annoncé par les décrets de 2014, notamment par le décret n°2014-920/PRES/PM/MATD/MEF/MS/MFPTSS du 10 octobre 2014.

⁵ Rapport sur le développement humain 2015. Le travail au service du développement humain. PNUD 2015.

⁶ EMC 2014, INSD, nov. 2015

⁷ MENA, *Annuaire statistique de l'éducation nationale*. Ministère de l'Éducation nationale et de l'alphabétisation (MENA), Burkina Faso, 2012

⁸ INSD, Recensement général de la Population et de l'Habitat 2006: Rapport général. Institut National de Statistiques et de la Démographie (INSD), Burkina Faso 2006.

2.2 Système de santé

2.2.1 Orientations politiques et organisation du système de santé

Depuis plusieurs décennies, le pays dispose de référentiels politiques en matière de santé. Le pays s'est ainsi doté d'une politique nationale de santé (PNS) en 2000 et révisée en 2011. Cette politique nationale de santé se fonde sur les cadres de références nationaux définis par le Gouvernement à savoir : l'étude nationale prospective (ENP) 'Burkina 2025' ; la stratégie de croissance accélérée de développement durable (SCADD), le Schéma national d'aménagement du territoire (SNAT) et plus récemment le plan national de développement économique et sociale (PNDES) dont l'adoption induit des ajustements de planification au niveau des différents secteurs de développement dont la santé. L'adoption de la PNS a servi de référentiel au Ministère de la santé pour élaborer un premier plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 2001-2010 et un second plan en cours d'exécution pour la période 2011-2020.

A l'instar de nombreux autres pays d'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso a adhéré aux soins de santé primaires (SSP) ainsi qu'à l'Initiative de Bamako et aux systèmes de santé de district. De ce fait, un certain nombre de principes guident l'organisation et la gestion du système de santé. Il s'agit entre autres de la mise en œuvre d'un paquet d'activités intégrées adapté par niveau de soins.

Au plan administratif, le Ministère de la santé est organisé en trois niveaux: (i) niveau central, autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général (ii) niveau intermédiaire avec 13 directions régionales de la santé animées par les directeurs régionaux de la santé et enfin (iii) au niveau périphérique avec 70 districts sanitaires animés par des équipes cadres de districts.

En ce qui concerne l'offre de soins, le secteur public est organisé:

- le premier niveau qui est subdivisé en deux échelons; un premier échelon qui regroupe les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les centres médicaux (CM) et un deuxième échelon qui comprend les hôpitaux de district ou centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) ;

- le deuxième niveau comprend les centres hospitaliers régionaux (CHR) qui sont les structures de référence pour les formations sanitaires du premier niveau ;
- le troisième niveau est composé des centres hospitaliers universitaires.

La figure 1 ci-dessous résume le dispositif pyramidal mis en place

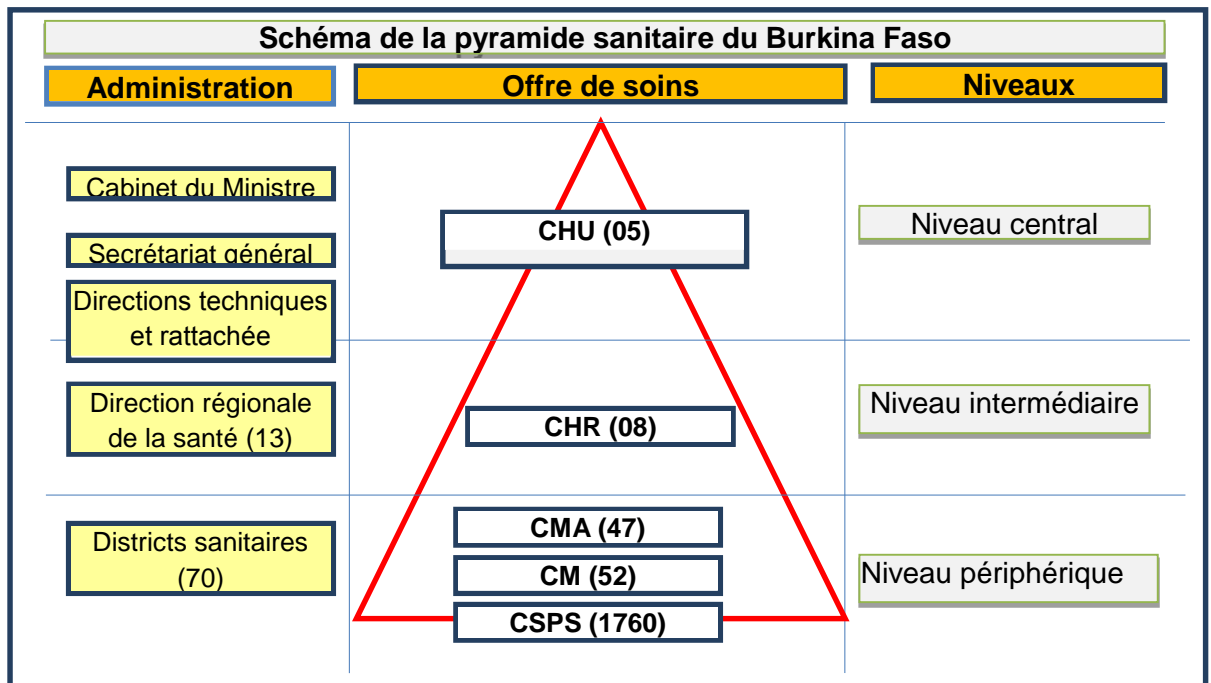


Fig. 1 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso (données issues de l'Annuaire statistique-2016)

A côté de ce système moderne de soins, s'organisent la médecine et la pharmacopée traditionnelle. La Médecine et la pharmacopée traditionnelles existent dans toutes les communautés du Burkina Faso et constitue le premier recours de certaines populations en cas de maladies. Son importance est reconnue par la loi n°23/94 /ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique et une direction technique a été créée pour mieux coordonner le sous-secteur traditionnel.

2.2.2 Performances globales du système de santé

Le renforcement progressif de ce dispositif d'offre de prestations et de soins a permis d'améliorer de manière notable la couverture de certaines cibles notamment certaines cibles vulnérables. Le tableau ci-contre donne quelques indicateurs de résultats (AS, Annuaire statistique 2016).

Tableau 1 : évolution de quelques indicateurs sanitaires de 2012 à 2016

| indicateurs | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|--------|--------|--------|-------|-------|
| Rayon moyen théorique en km2 des formations sanitaires | 7,1 | 7 | 6.9 | 6.8 | 6.7 |
| Proportion de CSPS disposant de normes en personnel de santé | 85,3 | 86.1 | 89.8 | 94.3 | 93.2 |
| Population/ SFE-ME | 12702 | 10888 | 10253 | 7743 | 7378 |
| Population / Médecin | 21 320 | 21 573 | 20 864 | 15518 | 15836 |
| population / infirmier | 5280 | 4 965 | 4 809 | 4 243 | 4 108 |
| % de formations sanitaires offrant des services PTME | - | 97,65. | 9 | 98 | 98,00 |
| % de formations sanitaires qui offrent la PCIME | - | - | 23,6 | 37,2 | 16,3 |
| % de dépôts répartiteurs de médicaments essentiels génériques n'ayant pas connu de rupture de médicaments traceurs | 80,4 | 75,9 | 81,3 | 77,0 | 28,0 |

Sources : annuaires statistiques des années correspondantes

Ces données indiquent une assez bonne accessibilité des populations aux prestations offertes. On note cependant que les normes actuelles en personnel cachent de nombreuses disparités aussi bien entre régions sanitaires qu'à l'intérieur des districts sanitaires

Au-delà de l'offre, plusieurs initiatives ont ciblé la promotion de la demande de soins notamment pour des groupes vulnérables

Des progrès sont enregistrés mais l'état de santé reste caractérisé par des niveaux de mortalité et de morbidité relativement élevés comme l'indiquent les données du tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Principaux indicateurs d'état de santé

| Principaux indicateurs de santé | Année | Niveau | Source |
|---|-------|----------|--|
| Taux brut de mortalité | 2015 | 11,8% | RGPH 2006/INSD |
| Taux de morbidité | 2015 | 10,0% | EMC. INSD 2015 fusionner avec celui d'en bas |
| Ratio de mortalité maternelle (Nombre de décès/100 000 naissances vivantes) | 2015 | 330 | |
| Taux de mortalité infantile | 2015 | 42,7‰ | |
| Taux de mortalité infanto-juvénile | 2015 | 81,6‰ | |
| Taux de mortalité néonatale | 2015 | 23,2‰ | |
| Espérance de vie à la naissance | 2015 | 56,7 ans | Rapport mondial ONUSIDA, 2015) |

L'analyse systémique autour des principaux piliers d'un système de santé, fait ressortir un certain nombre de forces et de faiblesses globales résumées dans l'encadré ci-dessous⁹.

Encadré 1 : Forces et faiblesses du système de santé

(i) au titre du leadership et de la gouvernance, si des progrès sont notables en termes de définition de la vision et des orientations stratégiques à travers les documents de politiques et de planification, les analyses font ressortir¹⁰ des faibles capacités opérationnelles notamment au niveau des structures déconcentrées et décentralisées (DRS, ECD) ainsi qu'une faible synergie avec le processus de décentralisation intégrale ;

(ii) Au niveau des prestations de services, des efforts sont constants dans le renforcement de l'offre de prestations et de soins à travers l'extension de la couverture géographique, le développement du PMA et du PCA, le renforcement des hôpitaux nationaux. Des initiatives sont également prises au niveau communautaire avec la mise en place d'un réseau d'agents de santé communautaire. De même, des initiatives sont prises pour promouvoir la demande à travers des stratégies de réduction de la barrière financière à l'accès aux soins (mesures de subvention, mesures de gratuité). Cependant le système reste confronté à la faible qualité des services offerts, à une faible utilisation des prestations offertes pour certaines catégories de personnes et à des ruptures en intrants qui sont souvent constatées. La mise en œuvre actuelle de la gratuité des soins contribue à renforcer l'amélioration de la demande de soins et devra se consolider avec la perspective de mettre en place l'assurance maladie.

⁹ MS : PNDS 2016-2020

¹⁰ PNS 2011, PNDS 2011-2020

(iii) Les ressources humaines en santé. Ce pilier essentiel constitue un point d'intérêt pour le Ministère de la santé qui a maintenu la production du personnel toutes catégories confondues mais également le recrutement continue de ce personnel pour doter les structures sanitaires conformément aux normes. Il persiste cependant des difficultés dans la gestion de ce personnel avec une répartition peu rationnelle et aussi des gaps dans la production de certains profils comme par exemple des spécialistes en gériatrie etc.

(iv) Médicaments, consommables médicaux et vaccins. Avec la mise en place de la centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques (CAMEG) le Burkina a connu pendant des décennies un très bon niveau de disponibilité des médicaments et des produits essentiels de santé. Ce dispositif étant très dépendant de la CAMEG, il subit les insuffisances pouvant survenir dans cette institution. En dehors des médicaments et des vaccins, le gros défi du système de santé reste la disponibilité constante en produits sanguins qui sont essentiels pour la lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

(v) Les infrastructures, équipements et matériel. Comme ci-dessus indiqué pour les prestations, les infrastructures, les équipements et le matériel ont été constamment soutenu dans le sens de l'amélioration de l'offre. Malgré ces efforts certaines zones géographiques ont peu d'accès aux structures de soins notamment en certaines périodes de l'année et les problèmes liés à la maintenance des équipements medicotechniques restent cependant récurrents à tous les niveaux du système de santé

(vi) Information et recherche en santé. Le Ministère s'est doté d'un dispositif de rapportage systématique des données avec des niveaux de complétude et de promptitude satisfaisant. La retro information de même que l'utilisation systématique des données collectées restent insuffisante souvent faute d'expertise. L'utilisation des évidences scientifiques dans la prise de décisions reste encore faible.

(vii) Financement de la santé. Des efforts constants sont réalisés par l'Etat et ses partenaires aussi bien en termes d'augmentation du volume de financement de la santé qu'en termes de promotion de mécanismes visant à réduire la barrière financière de l'accès aux soins inscrit comme axe essentiel dans le PNDS. Malgré ces efforts, il persiste une forte contribution des ménages au financement de la santé avec un mode dominant de paiement direct à l'acte faute de systèmes assurantiels généralisés.

2.3 Situation de la SRMNIA-PA

2.3.1 Orientations politiques et programmatiques en matière de SRMNIA-PA

Le Burkina Faso au regard des défis sanitaires et de développement en général, a adhéré à de nombreuses déclarations internationales dont certaines sont spécifiquement en rapport avec la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant. Il s'agit entre autres (i) la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)

en 1994, (ii) le Compact, (iii) la Déclaration de Paris pour l'efficacité de l'aide au développement notamment au secteur de la santé en général et celui de santé de la reproduction en particulier (2005), (iv) le Programme d'action d'Accra (2008), (v) la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique (2008), le Protocole de Maputo en 2003 « Accès universel aux services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique » (vi) la Feuille de route de l'Union africaine pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le cadre de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) pour la période 2004-2015 ainsi que (ii) l'Appel de Dakar pour l'accélération de eTME en 2015.

Le Burkina Faso a aussi pris part aux différentes conférences sur la PF dont celle de Ouagadougou avec le lancement du Partenariat de Ouagadougou en février 2010 pour améliorer l'accès de la PF dans la région, celle de Sally Mbour au Sénégal sur « l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale » en Septembre 2011, celle de Dakar en novembre 2011, celle de Londres tenue en Juillet 2012, celle d'Addis-Abeba en Novembre 2013 et tout récemment à la seconde édition du sommet de Londres tenue en Juillet 2017.

Au-delà de cette adhésion aux initiatives spécifiques en faveur de la santé de la mère, de l'enfant, du nouveau-né, des jeunes et des adolescents, le Burkina Faso a participé à l'élaboration du plan d'action en faveur des personnes âgées (PA) adopté à Madrid sur le vieillissement en 2002 et qui fait suite à la résolution 58.16 (Vieillir en restant actif et en bonne santé) lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1999, à la consultation mondiale sur une Stratégie et un Plan d'Action mondiaux sur le Vieillissement et la Santé à Genève en octobre 2015 .

Pour traduire ses engagements en faveur de la santé des mères, des nouveaux nés, des enfants, des jeunes, des adolescents ainsi que des personnes âgées, le Burkina Faso a développé différents plans stratégiques au fil des années ciblant plusieurs thématiques.

Tous ces plans sont arrivés à terme et ont fait l'objet d'évaluation et de nouveaux plans stratégiques couvrant la période 2016-2020 ont été élaborés exception faite du plan stratégique de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

La multiplicité de ces plans si elle traduit, le besoin de cibler les défis majeurs en matière de santé des groupes vulnérables que sont les femmes, les enfants, les

jeunes, les adolescents et les personnes âgées posent cependant un certain nombre de problèmes en termes de défis à différents niveaux comme indiqué dans l'encadré ci-dessous :

Encadré 2 : Défis liés à la mise en œuvre des plans stratégiques de SRMNIA-PA

- au niveau conceptuel, les plans spécifiques à chaque cible ne permettent pas d'avoir une vision cohérente de l'interdépendance des différentes phases du cycle de développement humain. Les défis résident dans la capacité à avoir des actions cohérentes permettant non seulement de prendre en charge des cas spécifiques à chaque cible mais également à anticiper et prévenir la survenue de problèmes majeurs de santé publique chez les mêmes cibles;
- au niveau de la coordination. Les défis de coordination se posent en termes de mobilisation effective de l'ensemble des acteurs concernés par les différents plans stratégiques autour d'objectifs communs. En effet, plusieurs acteurs aussi bien au sein du Ministère de la santé qu'en dehors du secteur de la santé comme par exemple le Ministère de l'Action sociale, le Ministère en charge de jeunesse, les acteurs de la société civile interviennent de manière importante aussi bien au niveau de la mère et du nouveau-né, des jeunes et adolescents ainsi que des personnes âgées;
- au niveau du financement. Les sources de financement de ces différents plans sont généralement les mêmes ce qui pose des défis en termes de rationalisation dans l'allocation pour les différents plans au profit des différentes cibles
- au niveau de la mise en œuvre. Comme ci-dessus indiqué dans la description du système de santé, la mise en œuvre des différentes stratégies de développement sanitaire incombe aux mêmes acteurs. Les défis résident dans la capacité à intégrer la mise en œuvre de ces différents plans dans les structures opérationnelles animées par les mêmes ressources humaines en santé ou autres acteurs

2.3.2 Performances en matière de SRMNIA-PA

Au cours des dernières décennies, la mise en œuvre de ces différents plans stratégiques a permis au Burkina Faso d'améliorer de manière notable certains indicateurs même si l'atteinte des OMD n'a pas été effective.

2.3.2.1. Santé de la mère, du nouveau-né et des enfants de moins de cinq ans

Plusieurs plans ont ciblé la santé de la mère et du nouveau-né, c'est-à-dire tous les éléments qui entrent dans le cadre de l'assurance d'une grossesse et d'un accouchement en sécurité aussi bien pour la femme que pour l'enfant. Cela inclus entre autres les plans en rapport avec la réduction de la mortalité maternelle, la prévention de la transmission mère enfant du VIH/IST.

Les principales orientations stratégiques ont porté sur la conception et la mise en œuvre (i) d'une feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale (ii) , la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

(PCIME), l'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant (ANJE), le programme national de lutte contre les fistules obstétricales (iii) le programme national de PTME (iv) la mise en place de cellules villageoises de gestion des urgences obstétricales. L'évaluation récente de ces différentes stratégies met en évidence un certain nombre de constats qui doivent conduire l'action future¹¹. Ces constats sont déclinés selon les principaux piliers du système de santé et en termes d'évolution des indicateurs

(1) Au niveau des différents piliers

- au niveau du leadership et de la gouvernance

Si au niveau central les cadres de concertation mis en place pour assurer la coordination des interventions fonctionnent relativement bien entre la DSF et les différents partenaires concernés, au niveau déconcentré, ces cadres fonctionnent moins bien par insuffisance de financement. De manière systématique, des efforts sont faits pour rendre disponibles les normes et directives à tous échelons du système d'offre de soins. Malgré les options fortes du MS pour une intégration à partir du niveau régional il persiste des tendances à la verticalisation autour de certains de ces programmes notamment dans la spécification des financements. Il existe parfois un décalage entre les options stratégiques prises et les mesures d'accompagnement sur le terrain comme par exemple dans le cadre de la mise en œuvre de l'option B+ en matière de PTME (exigences financières supplémentaires notamment)

Certains programmes bien que pertinents (cas de la lutte contre les fistules obstétricales) n'ont pas eu l'engagement financier suffisant pour garantir une bonne efficacité dans la mise en œuvre. De même la multi sectorialité indispensable pour la réussite de ce programme n'a pas été effective.

Bien que la logique d'intervention de certaines stratégies soit à même de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, elles n'ont pas bénéficié d'un accompagnement politique et stratégique suffisant (cas des cellules villageoises des gestions des urgences obstétricales)¹²

- au niveau des prestations

¹¹ MS/DSF : Evaluation des plans et programmes de la DSF sept 2017

¹² Ministère de la santé : rapport d'évaluation des plans et programmes de la DSF, septembre 2017

De manière générale, l'ensemble des programmes développés posent le problème de la stratégie d'intégration au niveau des formations sanitaires. Si de manière systématique l'intégration est considérée comme effective dans la presque totalité des CSPS, le niveau de complétude des prestations offertes est cependant très variable d'une formation sanitaire à une autre. Cette variabilité du degré d'intégration concerne également les systèmes d'information sanitaire dont la gestion est parfois sélective. Si le processus d'intégration est pertinent et constitue l'option nationale en matière de prestations, il se heurte souvent à l'inadéquation des équipements ainsi qu'à l'insuffisance des ressources humaines et aux intrants comme dans le cas du diagnostic du VIH. Certains intrants essentiels pour la survie des mères tels que les produits sanguins labiles font souvent défaut notamment dans les hôpitaux de district en zones enclavées. Le taux moyen national de satisfaction de la demande en produits sanguins labiles est resté stable à 78% entre 2015 et 2016 avec des extrêmes entre 72% et 92%¹³. De manière générale les différents programmes qui ciblent la mère et l'enfant sont confrontés au déficit de fonctionnement harmonieux entre échelons de soins : persistance du deuxième et du troisième retard en ce qui concerne les urgences obstétricales, nombreuses déperditions dans le suivi des enfants nés de mères séropositives de même que les femmes pour la prophylaxie complète souvent dépistée tardivement au cours de leur grossesse. Le rapport d'évaluation des différents programmes souligne par ailleurs la faible maîtrise de certaines directives et protocoles par des agents prestataires dans les formations sanitaires.

En ce qui concerne les programmes tels que la lutte contre fistules obstétricales, l'offre reste très faible en matière de prise en charge. Cette offre lorsqu'elle existe, reste centrée sur les interventions chirurgicales et intègre peu la prise en charge psychosociale et la réinsertion sociale des femmes concernées

Certaines stratégies telles que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) bien que très pertinentes, connaissent des niveaux de mise en œuvre encore relativement faible en dehors des districts qui appliquent le financement basé sur les résultats

¹³ MS/CNTS: Rapport d'évaluation du projet BKF/020, «Appui au plan stratégique de renforcement de la transfusion sanguine au Burkina Faso»

- au niveau des ressources humaines

Des efforts continus sont développés par le MS en matière de production des ressources humaines en santé notamment dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle et néo-natale (formation de spécialistes en gynécologie, sages-femmes etc.). Ce personnel est de plus en plus disponible dans les CHR et de nombreux CSPS disposent de sages-femmes. L'évolution constante des normes et directives dans la SR entraîne de nombreuses formations sous forme de séminaires mais sans possibilité de stabilisation du personnel formé. Il apparaît souvent difficile de rendre durable les bonnes pratiques induites suite aux formations en raison de cette mobilité du personnel. A cela, il faut ajouter la mauvaise répartition des ressources humaines en santé maternelle avec une forte concentration des sages-femmes dans les centres urbains.

- Disponibilité des médicaments et autres produits nécessaires pour la santé de la mère et de l'enfant ainsi que des infrastructures

Comme ci-dessus indiqué, la disponibilité constante des produits sanguins labiles continue d'être une préoccupation majeure pour les structures chargées des urgences obstétricales malgré les efforts de renforcement du centre national de transfusion sanguine. A cela il faut ajouter la faible disponibilité des produits vitaux de santé maternelle (par exemple l'ocytocine, sulfate de magnésium). Le rapport d'évaluation signale par ailleurs en ce qui concerne la PTME, des ruptures d'intrants, des lenteurs dans la satisfaction des besoins exprimés par le niveau périphérique. Ces ruptures sont en partie imputables au déficit de capacités de gestion des produits de santé par certains niveaux du système de santé. De plus, le rapport d'évaluation¹⁴ relève les insuffisances dans la maintenance des équipements. Cela entraîne des pannes récurrentes des appareils mis à disposition des structures de soins (cas par exemple des appareils de comptage de CD4). L'enquête SARA de 2014 indique des scores de capacités opérationnelles très variables en ce qui concerne les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base entre région avec un score national de seulement 66%. Ce score était de 62% en 2012. Selon la même source, le score de disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC), varie au niveau national de 34% à

¹⁴ MS/DSF : Evaluation des plans et programmes de la DSF, sept 2017

100%. Ce score est des 49% en ce qui concerne les CMA. Les déficits en équipements, le manque de produits sanguins labiles, la faible disponibilité des produits vitaux sont les principaux facteurs qui entravent l'atteinte de scores performants. Les processus d'intégration des soins sont souvent confrontés à l'inadéquation des infrastructures qui n'assurent pas toujours suffisamment d'espaces pour les prestations ainsi que de bonnes conditions de confidentialité

- le système d'information sanitaire et de suivi et évaluation

Le système de santé dispose d'un dispositif relativement systématisé de production de l'information sanitaire pour la plus part des formations sanitaires. On note cependant des gaps au niveau du secteur public en ce qui concerne les hôpitaux ou la complétude des données reste faible de même que le secteur privé et le niveau communautaire. Le déficit majeur réside dans l'utilisation des données produites pour la prise de décisions. On note que les données collectées sont peu analysées de sorte que les défis majeurs pour les cibles de la SRMNIA-PA ne sont pas identifiés au niveau des points d'actions. De manière récurrente l'insuffisance d'accouchement avec partogramme est notifiée mais les mesures correctrices ne sont perceptibles pour inverser la tendance. Il en est de même pour la proportion de décès maternels qui fait l'objet de notification hebdomadaire et d'audit pour analyser les causes et prendre des décisions. Il existe un déficit dans la capacité technique de certains acteurs dans l'analyse des données collectées. En effet, les différentes analyses se focalisent sur des indicateurs dont les dénominateurs ne sont pas valides alors que d'autres techniques d'analyses pourraient être utilisées pour valoriser les résultats. Il s'agit notamment de la possibilité de faire des analyses de série chronologiques qui sont possibles grâce à l'existence d'une base importante de données à travers le réseau des services d'informations sanitaires (SISSE).

- financement

Plusieurs constats sont faits par le rapport d'évaluation des plans et programmes de la DSF (DSF, 2017) en ce qui concerne le financement : (i) la dépendance vis à vis des sources externes, ce qui pose la question de la pérennité de certaines initiatives comme ci-dessus indiqué pour la formation dans le cadre de la FO (ii) certaines prestations sont largement sous financées. Dans le cadre du la PTME par exemple le

rapport d'évaluation fait ressortir que 96% des ressources financières sont destinées à l'approvisionnement en intrants et dans le même temps moins de 1% des financements ont été consacrées aux activités de renforcement de capacités des acteurs concernés ainsi qu'à la communication pour un changement de comportement. On note cependant que des efforts sont de plus en plus réalisés par l'Etat et ses partenaires en matière de subvention des soins voir de gratuité notamment pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

(2) Evolution des principaux indicateurs

De manière générale, les indicateurs de résultats traduisent au cours dernières années une certaine efficacité des différents programmes si de nombreux objectifs fixés ne sont pas atteints et que les impacts en termes d'état de santé pour la mère et le nouveau-né restent encore peu satisfaisants.

Tableau 3 : Evolution des indicateurs de la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant

| Indicateurs | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Taux de consultation en CPN4 | 31 ;2 | 28.5 | 33.1 | 34.1 | 33.5 |
| Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié | 82,1 | 80.5 | 86.2 | 83.4 | 80.9 |
| Taux de césarienne parmi les naissances attendues | 1,9 | 2,1 | 2,3 | 2,4 | 3,5 |
| Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (%) | 2,7 | 2,4 | 2,0 | 2,0 | 1,5 |
| Couverture en consultation postnatale de la 6 ^{ème} semaine (%) | - | 34,9 | 38,6 | 38,6 | 43,2 |
| Pourcentage des femmes enceintes vues en CPN 1 au 1 ^{er} trimestre | - | 28,6 | 29,8 | 29,8 | 33,3 |
| % d'enfants de moins de cinq ans pris en charge selon l'approche PCIME | - | - | 23,6 | 37,2 | 16,3 |

Source : MS/Annuaire statistique 2016

La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans est passée de 35,1% à 27,3% de 2009 en 2015. Le faible poids de naissance (< 2500g) est passé de 9,4% à 9,5% de 2009 en 2015. En 2010, 16% des femmes en âge de procréer avaient un IMC en dessous de 18,5. Cette prévalence présente des écarts

importants entre le milieu rural et le milieu urbain (19 % contre 8 %). (Rapport enquête SMART 2016 et 2010)

A ces différentes formes de malnutrition, s'ajoutent les carences en micronutriments notamment la carence en fer. En effet, l'anémie sous toutes formes confondue touche 72,5% des femmes enceintes, 83,4% des enfants de 6-59 mois et 67,7% des enfants d'âge scolaire (ENIAB, 2014)

Pour les cas des maladies chroniques liées à la nutrition, les résultats de l'enquête STEPS 2013, ont révélé que 13,4 % de la population présentait un surpoids et 4,5% une obésité. Cette situation est plus préoccupante dans les régions du Centre et des Hauts bassins qui abritent les grandes villes (Ouagadougou et Bobo Dioulasso) dont les prévalences de surpoids sont respectivement de 30,6% et 22,7%.

En ce qui concerne la PTME, le tableau ci-dessous donne la situation des principaux indicateurs au cours des 5 dernières années

Tableau 4 : Principaux indicateurs en matière de PTME

| INDICATEURS | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Proportion d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu les ARV pour la prévention | 62,88% | 59,14% | 66,36% | 73,57% | 89,30% |
| Taux de transmission résiduelle du VIH (TME) de la mère à l'enfant | 6% | 5,72% | 5,30% | 5,94% | 8,20% |
| % de femmes enceintes vues en CPN qui ont fait le dépistage | 71,14% | 82,31% | 85,67% | 86,06% | 84,90% |
| % de femmes enceintes séropositives à qui on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant | 92,81% | 88,15% | 92,09% | 67,18% | 91,60% |

Source : extrait du Plan e_TME 2017-2020, version finale, Avril 2017 P23

En ce qui concerne l'intégration de la SR/VIH, en 2016, seulement 13,4% des femmes en âge de procréer qui ont consulté pour la PF ont bénéficié du test de dépistage VIH. Ce taux était de 10,56% en 2015 et 6% en 2014.

Plusieurs constats sont suggérés par les indicateurs en rapport avec les interventions en faveur de la mère de nouveau-né

- Certains indicateurs que l'on peut considérer comme des proxys pouvant impacter à termes l'état de santé de la mère et de l'enfant même s'ils progressent sont encore faibles: CPN4, taux de césarienne, couverture en consultation post

natale et les femmes enceintes vues à la CPN1 au premier trimestre de la grossesse, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

- Les sources statistiques indiquent de nombreuses variations entre districts sanitaires
- Les difficultés ci-dessus indiquées dans le volet prestation impactent sur les indicateurs de suivi notamment en ce qui concerne la PTME. Ainsi on observe dans l'annuaire statistique de 2016 que sur 2605 enfants nés de mères séropositives, 832 ont bénéficié d'un test PCR à deux mois soit 32% et ils sont 524 après deux mois soit 20%. A 18 mois seulement 22% ont bénéficié d'un test rapide. Cela traduit les difficultés opérationnelles à assurer un suivi du couple mère-enfant devant permettre la réalisation du diagnostic précoce.
- Même si des progrès sont enregistrés, le couplage SR/VIH reste encore très faible en termes de populations bénéficiaires du test de dépistage VIH

2.3.2.2 Santé des adolescents et des jeunes

« La santé des jeunes au Burkina Faso concerne les jeunes de 10 à 24 ans (SRAJ et santé globale) des deux sexes, sexuellement actifs ou non, mais aussi la tranche d'âge de 6-9 ans dont les besoins ne sont couverts par aucun programme de santé en cours »¹⁵

De manière générale, les données concernant la santé des jeunes ne sont pas disponibles de manière à permettre une analyse des tendances évolutives. Les enquêtes sont ponctuelles et peu de données sont collectées de manière routinière. Plusieurs facteurs entravent cependant leur état de santé les rendant relativement vulnérables : la sous information, les violences telles que les MGF, les mariages forcés et souvent précoces, L'usage des substances psycho actives (l'alcool, le tabac et la drogue) au-delà des effets immédiats en terme de qualité de vie, échecs scolaires, sont des facteurs qui à moyen et long termes sont responsable des maladies non transmissibles tels que le diabète et l'hypertension artérielle, les accidents de la voie publique etc.

(1) Au niveau des différents piliers

¹⁵ MS Plan stratégique santé des jeunes 2004-2008, repris par le PS 2016-2020

- Au niveau de la gouvernance et du leadership

Conscient des problèmes de santé spécifiques aux jeunes et adolescents et tenant compte du poids démographique de cette tranche d'âge comme ci-dessus indiqué, le Burkina Faso s'est doté d'orientations politiques et stratégiques à travers la politique sanitaire nationale et le plan national de développement sanitaire. De ces cadres d'orientation politique et stratégique, un premier plan couvrant la période 2004-2008 a été élaboré et un second plan est en cours depuis 2016 jusqu'en 2020 (PSSAJ)

En plus du ministère de la santé qui assure le leadership des questions de santé des jeunes, d'autres départements ministériels tels que le Ministère de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation; Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation; Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale et de la Famille; Ministère de la Jeunesse, de la Formation et de l'Insertion Professionnelles; Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation, développent et mettent en œuvre des actions en faveur de la santé des jeunes avec l'accompagnement de plusieurs PTF

Le plan stratégique 2016-2020 signale que l'une des difficultés dans la performance de la santé des jeunes et adolescents est l'insuffisance de coordination entre acteurs. Les interventions sont disparates aussi bien au niveau conceptuel que opérationnel. De nombreux textes réglementaires existent mais non appliqués (loi anti-tabac, réglementation de l'ouverture et de la fréquentation des débits de boissons, port du casque etc.). La multiplicité des acteurs au regard de la diversité des déterminants de la santé des jeunes et adolescents posent des défis de coordination

- Prestations de services et de soins

L'approche conduite par le MS met l'accent sur l'intégration des soins au niveau des unités de prestation que sont les structures sanitaires. A l'évidence le PMA et le PCA développés dans le système de santé couvre très partiellement les besoins de promotion de la santé des jeunes et des adolescents. Par ailleurs, certains secteurs formels comme la santé scolaire et universitaire, connaissent un faible développement sous le leadership du Ministère de la santé.

- Ressources humaines, Equipements, infrastructures

Des initiatives très peu harmonisées et coordonnées existent au niveau des centres jeunes dans l'idée de mieux cibler les besoins spécifiques des jeunes et adolescents. Il existe au total 36 centres jeunes dont 24 conformes au plan type de construction et 18 fonctionnels (rapports de suivi des activités du bureau SAJ/DSF, situation 2017)). Cette offre reste très limitée. Les politiques et stratégies qui visent à doter les structures de personnel compétent en prise en charge des problèmes de santé de jeunes sont insuffisantes. Des séminaires et ateliers sont organisés à l'initiative des ONG et association mais ne s'inscrivent pas dans un processus continue et durable. En l'absence de structures spécifiques de prise en charge, les médicaments et autres consommables médicaux dont les jeunes peuvent bénéficier sont gérés dans le cadre général avec des ruptures par moment comme déjà indiqué.

- Système de suivi, d'évaluation et de recherche en matière de santé des jeunes et adolescents

De manière générale, les résultats obtenus sont peu documentés et non rapportés dans le système d'information tel qu'il fonctionne au niveau du MS. Les données de routine collectées par le système d'information sanitaire ne sont pas l'objet d'analyses autour d'indicateurs spécifiques traceurs pouvant permettre de suivre l'évolution de certains états de santé chez les jeunes et adolescents. Une analyse discriminée et systématique de ces données pourrait être une source de prise de décisions.

- financement

Dans le contexte national, plusieurs éléments indiquent que les jeunes et les adolescents ont une accessibilité financière limitée aux prestations et soins de santé car fortement dépendant de leur parents. En plus il n'existe pas de dispositifs de protection sociale qui ciblent les jeunes et les adolescents. Les mesures de gratuité en cours ciblent les enfants de moins de cinq ans et les adolescentes et jeunes qui traversent une période de grossesse.

(2) Evolution des principaux indicateurs

Très peu de sources documentaires existent pour illustrer les performances réalisées dans la mise en œuvre des différentes interventions. En dehors de la lutte contre le VIH pour laquelle des données discriminées existent par tranches d'âge, de même que

dans le cadre des mutilations génitales féminines, les autres thématiques tels que l'utilisation des drogues diverses, la consommation du tabac, les grossesses précoces, les avortements provoqués, les accidents de la voie publique, etc., les données sont ponctuelles.

Ainsi les maladies sexuellement transmissibles avec une prévalence du VIH généralement au-dessus de la moyenne nationale. Chez les 15-19 ans et chez les jeunes de 20-24 ans on note respectivement en 2013, 0,3% et de 0,8%¹⁶. Les données disponibles indiquent que 9,3% des adolescentes de 15-19 ans en milieu urbain et 23,5% en milieu rural ont eu un enfant¹⁷. Les taux d'utilisation de la contraception sont de 6,6% pour les 15-19 ans 15,9 % pour les 20-24 ans¹⁸. Plusieurs sources concordantes indiquent que les accidents de la voie publique constituent un problème majeur de santé publique. Une communication de la gendarmerie nationale en 2017 indique 1977 décès enregistrés entre 2011 et 2014 avec un accroissement annuel d'environ 13 % du nombre d'accidents¹⁹. Une autre source indique le doublement du nombre d'accidents dans la ville de Ouagadougou entre 2011 et 2016²⁰

2.3.2.3 Santé des personnes âgées

L'analyse faite à la faveur de l'élaboration du PSPA 2016-2020 fait ressortir les principaux facteurs déterminant de la santé des PA²¹ :

- des facteurs anatomophysiologiques ;
- les facteurs liés aux habitudes de vie : le tabagisme, la consommation d'alcool, de cola, etc.;
- les facteurs liés à la malnutrition
- les facteurs liés aux modes de vie : sédentarité, ou inactivité ;

¹⁶ Rapport 2013 sérosurveillance PSSLS, Ministère de santé, Burkina Faso

¹⁷ Données provenant de l'évaluation du plan stratégique 2004-2008 de la santé des jeunes, réalisée en 2014, cité par le plan stratégique 2016-2020

¹⁸ EDS-MICS IV 2010

¹⁹ Sidwaya numéros 8550 du 15-17 Décembre 2017 : communication de l'Etat-major de Gendarmerie nationale

²⁰ NIKIEMA A. et Col : « Les accidents de la route à Ouagadougou, un révélateur de la gestion urbaine », Lien social et Politiques, n° 78, 2017, p. 89-111

²¹ PS PA 2016-2020

- des facteurs socio-économiques et impact des maladies chroniques (Diabète, HTA, SIDA etc.);
- des facteurs liés au cadre de vie et à l'environnement : la pollution de l'environnement, la promiscuité, la maltraitance, l'isolement, la solitude ainsi que l'absence de cadres de vies adaptés aux personnes âgées
- des facteurs liés au système de santé : l'insuffisance d'organisation de services adaptés aux personnes âgées;
- facteurs liés à la sécurité sociale : inexistence d'un système de sécurité sociale pour tous.

1) Au niveau des différents piliers

- Au niveau de la gouvernance et du leadership

Le Burkina Faso a marqué son intérêt pour la santé des personnes âgées (SPA), en ratifiant de nombreuses conventions internationales, régionales et nationales au titre desquelles on peut citer ; le Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement (Madrid, 8-12 avril 2002) ; les principes des Nations Unies pour les Personnes Agées (PA) adoptés à l'Assemblée Générale des Nations Unies le 16 décembre 1991. Fort de cet engagement, la politique nationale de protection sociale (PNPS) adoptée en septembre 2012 et couvrant les périodes 2013-2022 et ses textes d'application prennent en compte la SPA. Il s'agit par exemple de l'arrêté interministériel instituant une visite médicale sur la période 2015 - 2017 des pensionnés de la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO) et de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). La réduction des tarifs de soins de même que la suppression de certaines taxes au profit des personnes âgées constituent des avancées notables.

On note cependant que de nombreuses mesures prises en faveur des PA ne sont pas bien connues des concernés. Par ailleurs il y a un déficit de coordination des interventions entre les nombreux acteurs qui agissent en faveur des PA.

- Prestations de services et de soins y compris les ressources humaines

Il n'existe pas de paquet d'activités standard adapté aux PA tenant compte de leur profil sanitaire. Les services sont offerts de manière standard par du personnel insuf-

fisamment formé dans la prise en charge des PA. Il n'existe pas de services de gériatrie dans les hôpitaux ni dans le secteur privé. La prise en charge dont bénéficient les PA reste très partielle et inadaptée aux besoins.

Des initiatives sont prises par certaines ONG comme par exemple l'Association Générations Solidaires (AGS) afin d'offrir un paquet diversifié d'activités aux PA.

- Infrastructures, équipements et médicaments

Comme ci-dessus indiqué, le système ne dispose pas d'infrastructures adaptées aux PA. Cela limite la portée des mesures prises en faveur des PA dans la mesure où les cadres de prise en charge ne sont pas adaptés. Les médicaments et autres consommables traditionnellement rendus disponibles au niveau des structures de soins ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins des personnes âgées.

- Suivi, évaluation et recherche

Plus que chez les jeunes et adolescents, les données collectées dans le SIS ne permettent pas une mise en évidence du profil sanitaire des personnes de plus de 60 ans. En effet, les données ne sont plus discriminées selon l'âge au-delà de 14 ans notamment dans les annuaires statistiques. Par ailleurs, très peu d'évidences scientifiques sont produites afin d'accompagner la prise de décision au profit des PA malgré leur nombre de plus en plus croissant.

- Financement

Des initiatives de protection sociales existent pour les PA mais le niveau de couverture reste très faible en l'absence d'un dispositif national d'assurance maladie. Ceci est d'autant préjudiciable que les coûts de soins de santé pour les personnes âgées sont généralement élevés pour des personnes à revenus limités.

(2) Evolution des principaux indicateurs

La mise en œuvre des différents plans successifs fautes d'exécution réelle, ne permettent pas de documenter l'évolution des indicateurs en rapports avec l'état de santé des PA et son évolution. Comme ci-dessus indiqué, la majorité de la population (97,3%) selon l'enquête STEPS 2013, était exposée à au moins un facteur de risque commun

aux maladies non transmissibles et par ailleurs, on note que 17,6% de la population âgées de 25-64 ans, présentait une hypertension artérielle et 4,9% souffrait de diabète.

2.3.2.4. Axe transversal : planification familiale

La planification familiale est abordée comme un axe transversal car elle concerne l'ensemble des cibles du plan stratégique intégré. La PF a fait l'objet d'une attention particulière depuis 2009 avec l'élaboration et la mise en œuvre du plan national stratégique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction 2009-2015; le Plan national de relance de la planification familiale (PF) 2013-2015 et plus récemment le plan national d'accélération de planification familiale du Burkina Faso 2017-2020.

(1) Au niveau des différents piliers

- Au niveau de la gouvernance et du leadership

Le Ministère de la santé assure la gouvernance et le leadership en ce qui concerne la promotion de la PF avec l'appui de nombreux partenaires techniques et financiers. Le dispositif de pilotage est ancré dans les mécanismes existant aussi bien au niveau central que régional et des districts sanitaires. Les différents documents de normes et procédures devant aider à la mise en œuvre sont mis à la disposition des acteurs de terrain à tous les niveaux. La coordination de l'ensemble des acteurs impliqués est assurée même si des insuffisances persistent.

- Prestations de services et de soins y compris les ressources humaines

Dans la mise en œuvre un accent est mis sur la promotion de la demande mais également de l'offre à travers plusieurs initiatives au plan national. En ce qui concerne la demande, des stratégies de communication ont été élaborées et des techniques de communication de proximité et de grand public sont développées. Certaines initiatives sont récemment initiées pour susciter l'adhésion des maris. Il s'agit du projet «Ecole des maris et futurs époux» en expérimentation dans trois régions (sahel, Nord et Hauts-bassins) mais aussi l'approche 'Initiative pour la Fondation communautaire (IFC)' et celle dite Pougside songo de Fondation pour le Développement Communautaire, école des maris et des épouses de IPC, école des maris de Mwangaza. En l'absence d'une évaluation, les résultats préliminaires indiquent que la participation des

hommes reste encore faible (20%) dans les 44 écoles mises en place (Rapport final d'évaluation des programmes 2017). La diversification de l'offre de produits contraceptifs permet également d'assurer une plus grande opportunité dans les choix et suscite l'adhésion des femmes. Par ailleurs, plusieurs stratégies sont développées pour assurer une offre de plus en plus accessible: la délégation des tâches pour l'offre des méthodes contraceptives en phase pilote, la distribution à base communautaire qui touchait 94% des districts sanitaires en 2015. En plus de la DBC, des stratégies mobiles ont été initiées ainsi que l'intégration de la PF dans le paquet d'activités en stratégie avancée.

La demande de prestations reste cependant confrontée à un certain nombre de difficultés plus en rapport avec le contexte socio culturel et économique que l'offre qui est relativement intégrée dans le réseau de structures de soins au plan national. Le statut socio-économique de la femme qui la rend dépendant de l'homme, l'absence des hommes aux points de prestation constituent des limites à l'utilisation des produits contraceptifs malgré une offre de plus en plus disponible. Dans un tel contexte, les études et différentes données tendent à montrer une persistance des avortements à risque. En 2014, on a enregistré 2507 avortements clandestins dans les structures privées e publiques et 1923 en 2016²²

D'énormes efforts sont réalisés pour former le personnel, mais la question de leur mobilité, la mauvaise répartition limite l'impact de ces efforts de renforcement de capacités techniques

- Infrastructures, équipements et médicaments et produits contraceptifs

A l'instar des autres prestations, la PF est intégrée dans le PMA et le PCA d'activités des formations sanitaires avec l'appui des ONG et acteurs communautaires. Des efforts sont faits pour réduire les ruptures qui malgré tout persistent au niveau de certaines formations sanitaires. Les conditions de stockage des produits contraceptifs ne sont pas toujours assurées par des DRD dont certains sont inadaptés. Certains équipements font également défaut au niveau des prestataires. Il s'agit notamment des

²² MS, Annuaire statistique 2014 et 2016

équipements pour l'insertion et le retrait des méthodes de longue durée (implant et DIU)²³

- Suivi, évaluation et recherche

La problématique majeure réside dans la faible maîtrise des populations (dénominateurs) pour faire les bilans mais également pour l'estimation des besoins en contraceptifs mais aussi dans le remplissage de certains supports notamment les fiches de suivi PF ce qui entraîne souvent des perdus de vue.

- Financement

La disponibilité des produits contraceptifs de même que certains coûts d'opération sont assurés par des sources externes. Cela peut engendrer des problèmes de faible continuité de certaines initiatives même pertinentes. Par ailleurs, la gratuité n'est pas effective pour les produits contraceptifs même si les coûts de cession semblent relativement faibles du fait de la subvention, certaines populations éprouvent encore des difficultés d'accès financiers aux produits contraceptifs. L'effectivité de la mesure de gratuité de PF en cours de développement pourrait permettre de lever cette barrière.

(2) Evolution des principaux indicateurs

Dans le domaine de la PF, les tendances sont relativement croissantes permettant ainsi d'approcher l'objectif de 25% de prévalence contraceptive fixé dans le plan de relance de la PF (2013-2015). L'EMDS 2015 indique en effet que 22,5% des femmes en union ou mariées ont déclaré utiliser au moins une méthode contraceptive moderne. Les données de l'annuaire statistique 2016 indiquent que la proportion de couple année protection est passée de 17,4 en 2013 à 24 en 2016.

Au total, l'encadré ci-dessous résume la situation programmatique autour de la vision centrée sur l'ensemble du cycle de vie

²³ Institut de Recherche en Sciences de la Santé. *Disponibilité des Produits Contraceptifs Modernes et des Produits Vitaux de Santé Maternelle dans les Points de Prestation de Services au Burkina Faso*. 2012. Ministère de la Santé, *Rapport annuel sur la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des médicaments vitaux de santé maternelle dans les points de prestations de services au Burkina Faso*. 2016. Copie dure.

Encadre 3 : principaux constats

- En dehors des enfants de 6 à 10 ans, les différentes étapes du cycle de vie sont ciblées par des interventions fondées sur des processus programmatiques. Cela traduit la volonté de l'Etat vis-à-vis de la prise en compte de la santé des différents segments de la vie
- Cependant on observe des déséquilibres importants aussi bien en termes d'efforts programmatiques que de mobilisation des ressources. Ainsi, il y a une grande focalisation sur la santé de la mère de l'enfant dans tous les aspects y compris le VIH et sur la PF. La santé des adolescents et des jeunes bien que constamment rappelée comme essentielle reste faiblement couverte de même que la santé des personnes âgées dont la prise en compte est plus marginale
- Quelle que soit la stratégie concernée, la contribution de l'Etat reste toujours faible même si des efforts notables sont observés avec la subvention des produits contraceptifs ; la mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans ainsi que la volonté affichée de rendre les produits contraceptifs gratuits

3 PROBLEMES PRIORITAIRES ET PRINCIPAUX DEFIS

3.1 Les problèmes prioritaires

Partant des résultats des plans évalués et des plans déjà élaborés et d'actualité, il ressort que les problèmes peuvent être analysés principalement à trois niveaux : les problèmes communs à l'ensemble des thématiques et en rapport avec le système global de santé, les problèmes communs à l'ensemble des thématiques et en rapport avec le contexte socioéconomique national et enfin, les problèmes spécifiques à chaque étape du cycle de vie (thématique).

3.1.1 Problèmes liés au système de santé

Le système de santé est une composante essentielle dans la mise en œuvre efficace de nombreux programmes de santé dans la mesure où l'option de base est l'intégration. Dans cette perspective il se pose toujours plusieurs questions : dans quelles mesures, le système de santé est-il capable d'intégrer les nouvelles activités prévues ? Quelles mesures d'accompagnement faut-il apporter pour une intégration réussie ? Quel modèle organisationnel faut-il développer pour répondre aux besoins nouveaux dans les structures de soins ? Etc.

Dans le cadre spécifique de la santé de la mère, du nouveau-né, des jeunes et adolescents ainsi que de la personne âgée, de même que les aspects transversaux tels que la promotion de la PF, un certain nombre de problèmes liés au système de santé apparaissent communs. Il s'agit tenant compte des piliers du système :

3.1.1.1 Au niveau de la gouvernance et du leadership

- 1) les insuffisances dans les dispositifs de coordination aussi bien au niveau central que déconcentré en termes de fonctionnalité des structures mises en place mais aussi en termes d'efficacité et d'efficience ;
- 2) les déficits liés à l'application de différents textes réglementaires souvent par insuffisance de diffusion ou par manque de ressources pour une application effective ;

3) une insuffisance de redevabilité à différents niveaux : au niveau des collectivités locales envers les services déconcentrés et les populations en matière de santé et au niveau des acteurs de la santé vers les collectivités locales et les populations.

3.1.1.2 Au niveau des prestations

1) le principe de l'intégration est confronté à une inadéquation entre les mesures d'accompagnement prises et les nouvelles interventions à mettre en œuvre par les structures de soins. Le paquet minimum d'activités (PMA) et le paquet complémentaire d'activités (PCA) doivent être complets au regard des besoins de prise en charge de groupe spécifique. Cette complétude doit être en lien avec la complétude des ressources aussi bien humaines que matérielles ainsi que les normes et protocoles. Par ailleurs, un modèle d'intégration²⁴ n'est pas toujours défini à priori pour accompagner le processus de prise en compte de nouvelles activités.

2) Certaines opportunités sont peu exploitées. Il s'agit notamment de la santé scolaire et universitaire. Avec l'accroissement continu de la scolarisation, le cadre scolaire constitue sans nul doute une opportunité formalisée de prise en charge des problèmes de santé des jeunes et adolescents.

3) Il en est de même pour la synergie à développer entre le système de santé et le niveau communautaire notamment avec la mise en place des ASBC. Une meilleure synergie d'action pourrait permettre la mise en œuvre d'un PMA à leur niveau en lien avec les CSPS et les COGES pour mieux assurer une dynamique communautaire véritable autour de la SRMNIA-PA.

3.1.1.3 Au niveau des ressources humaines

1) l'insuffisance de répartition du personnel avec souvent déséquilibres constatées au niveau des structures d'offre de soins

²⁴ Une telle conceptualisation devrait prendre en compte par exemple des stratégies permettant de favoriser la fréquentation de certains services par les hommes/conjoints (CPN, PTME etc.) et le dépistage effectif des femmes/ conjoints qui fréquentent les services de PF.

- 2) une forte mobilité du personnel avec absence de dispositif de gestion permettant de potentialiser les effets des nombreuses formations reçues par les agents sur le terrain
- 3) le déficit de production de certains profils d'agents notamment dans le cadre par exemple de la gériatrie en raison d'un déficit de planification harmonieuse des besoins de formation
- 4) une insuffisance dans la prise en compte de certaines priorités dans la formation de base de certains spécialistes : PCIME dans le cadre de la pédiatrie, prise en charge des fistules obstétricales dans le cadre de la gynécologie etc.

3.1.1.4 Au niveau des médicaments, produits essentiels, des équipements et des infrastructures

- 1) l'ensemble des programmes reste confronté à des degrés divers au déficit dans l'approvisionnement en médicaments et divers produits au niveau du système de santé ;
- 2) De manière plus spécifique, certains produits tels que les produits sanguins labiles essentiels dans la prise en charge des urgences obstétricales ne sont pas toujours disponibles surtout en zones enclavées (PSL ; etc.);
- 3) la question de la maintenance des équipements medicotechnique non résolue impacte négativement sur le fonctionnement continue des équipements de laboratoire en général et des ceux pour le comptage des CD4 ;
- 4) Au-delà des équipements et du matériel, se pose également la question des infrastructures souvent inadaptées comme déjà soulevé pour d'autres cibles.

3.1.1.5 Au niveau du dispositif de suivi, évaluation et de la recherche

- 1) faible maîtrise des dénominateurs pour de nombreux programmes ce qui entraîne des 'aberrations' dans certaines données
- 2) non prise en compte systématique de la collecte des données sur certaines cibles : insuffisance de documentation des cas de grossesses dans les établissements scolaires ; insuffisance de documentation des cas d'accidents de la circulation ainsi que de l'usage des drogues, cigarette etc. Il en est de même pour les pathologies spécifiques aux personnes âgées.
- 3) diversité des données parfois non concordantes
- 4) insuffisance de contrôle de qualité des données

5) insuffisance d'analyse ciblée des données tenant compte des cibles telles que les jeunes, les adolescents et les personnes âgées

6) insuffisance de capitalisation et de valorisation des bonnes pratiques

3.1.1.6 Au niveau du financement

1) au-delà du sous financement des différents programmes par le budget de l'Etat, il se pose le problème de l'accessibilité financière aux soins notamment par les cibles non concernées par la gratuité et les mesures d'exonération : les jeunes et adolescents, les personnes âgées non affiliées à la CNSS et à la CARFO

2) méconnaissance de certaines mesures d'exonération au profit des personnes admises à la retraite

3) La fragmentation des financements constitue également une limite pour la promotion d'une véritable intégration du PMA et du PCA à travers des plans d'action des districts financés de manière rationnelle.

3.1.2 Problèmes liés au contexte socioéconomique

1) Un des problèmes commun est le statut de la femme qui reste fortement dépendante des décisions de l'homme aussi bien sur le plan économique que social.

2) L'attitude des hommes (absence auprès des épouses/conjointes) n'est pas toujours favorable à la promotion de la santé des mères et des nouveaux nés notamment dans le cadre de la PTME et du suivi de la grossesse en général. Ainsi le rapport annuel 2016 sur la PTME au Burkina Faso note que seulement 2,9% des conjoints des femmes enceintes qui ont accepté le test de dépistage VIH ont été dépistés.

3) la coordination intersectorielle reste déficitaire. Une des caractéristiques de ces différentes thématiques est que de nombreux autres acteurs étatiques, de la société civile et du privé ainsi que les PTF ont un rôle essentiel à jouer. La mise en synergie des différents acteurs reste complexe aussi bien en termes de mobilisation des ressources qu'en termes de définition des priorités, chacun ayant tendance à avoir son agenda propre

- 4) l'absence d'un dispositif d'assurance maladie constitue un frein à l'accès aux soins notamment pour les plus vulnérables que sont les jeunes, les adolescents et les personnes âgées. Des initiatives de protections sociales sont naissantes et pourraient contribuer à améliorer cette situation : adoption de la politique nationale de protection sociale ainsi qu'un plan de mise en œuvre, la mise en œuvre d'un projet de filets sociaux par le Ministère de l'Action sociale sur financement de la Banque mondiale
- 5) Certains facteurs de développement notamment la production de l'or induit des contextes nouveaux dans lesquels les besoins de santé pour les jeunes et les adolescents sont plus croissants mais ces sites restent insuffisamment ciblés en termes d'offre
- 6) Le transfert de compétences et de ressources dans le cadre de la décentralisation s'il constitue une opportunité connaît des difficultés dans son opérationnalisation réelle notamment en termes de synergie d'action avec les différents secteurs déconcentrés tels que la santé
- 7) La possibilité de produire de manière régulière des enquêtes populationnelles qui permettent de documenter l'évolution des indicateurs en rapport avec les cibles de la SRMNIA-PA

3.1.3 Problèmes spécifiques à chaque thématique

Au-delà de ces aspects transversaux à l'ensemble des interventions de santé car liés au système de santé et au contexte socioéconomique et culturel, il existe des aspects spécifiques à chaque thématique qu'il est nécessaire de considérer.

| Domaines spécifiques | Problèmes prioritaires spécifiques/renforçant |
|---|--|
| Réduction de la mortalité maternelle et néonatale | <ul style="list-style-type: none"> • Persistance du premier retard lié aux considérations socioculturelles et contextuelles • Persistance des deux autres retards en raison de la faible réactivité du système de santé : logistique, disponibilité de produits sanguins labile • Faible complétude des équipements spécifiques adaptés permettant la réanimation du nouveau-né a tous les niveaux • Insuffisance de compétence des prestataires |
| lutte contre la fistule obstétricale | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit en ressources humaines pour la PEC globale (chirurgicale, psychosociale et réinsertion) • Déficit de prise en compte parmi les priorités devant bénéficier de financement stable de la part de l'Etat |

| | |
|--|---|
| prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de conception d'un modèle d'intégration qui prend en compte le continuum de la prise en charge (Mère, enfant, conjoint) • Insuffisances dans le dépistage précoce des enfants • Insuffisances dans le suivi des personnes dépistées |
| Santé de l'enfant | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de compétences dans la mise en œuvre de la stratégie de survie de l'enfant • Insuffisance de dispositifs médicaux pour la prise en charge des cas urgents • Inadéquation /inadaptation des locaux pour l'accueil des enfants • Faible couverture de certaines interventions |
| Santé des jeunes et des adolescents | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du PMA et du PCA qui cible les jeunes et adolescents dans les formations sanitaires • Déficiences d'organisation de la santé scolaire et universitaire • Insuffisances d'interventions spécifiques pour la prise en charge des jeunes et adolescents |
| Santé des personnes âgées | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de prise en compte de la SPA dans les priorités des PTF et Gouvernement • Faible couverture des PA par les mesures de protection sociale • Déficit en personnel qualifié pour la PEC • Méconnaissance des textes en faveur des PA • Déficit plus prononcé en termes d'intégration dans le PMA et PCA |
| Planification familiale | <ul style="list-style-type: none"> • Faible accessibilité financière • Insuffisance de compétences techniques pour une offre effective de l'ensemble des gammes de méthodes disponibles • Insuffisance d'information et de sensibilisation des différents acteurs concernés (leaders d'opinion, les hommes, les femmes, les jeunes et adolescents) |

3.2 Principaux défis à l'horizon 2020

L'approche fondée sur la mise en œuvre d'un plan stratégique intégré autour du cycle de vie dans le contexte du Burkina Faso apparaît très pertinente. En effet, le rapport d'évaluation souligne l'inter relation entre les différents plans traditionnellement élaborés. Au-delà de l'interrelation en termes d'amélioration de l'état de santé des populations, cette interrelation se pose également en termes d'opérationnalisation. En effet, la stratégie de base étant l'intégration, l'ensemble des programmes sont mis en œuvre par les mêmes acteurs et dans les mêmes structures.

Aussi plusieurs défis sont à relever aussi bien au niveau du système de santé, au plan contextuel et de manière thématiques :

- Leadership fort pour assurer une meilleure coordination des acteurs intervenant dans les différents domaines avec un accent sur la gestion efficace et efficiente des ressources disponibles
- coordination des interventions. Le défi est double car il s'agit d'une part d'assurer une coordination intrasectorielle efficace et une collaboration intersectorielle. Au niveau intra sectorielle, elle concerne aussi bien le niveau central que déconcentré. Il s'agit non pas de démultiplier les structures, mais de faire en sorte que celles qui existent intègrent l'ensemble des thématiques et soient opérationnelles. Au niveau inter sectoriel le défi est plus grand au regard de la diversité des acteurs et de leur relative autonomie. Le leadership du Ministère de la santé devra être renforcé afin de lui permettre d'assurer cette coordination
- application de différents textes réglementaires. De nombreux textes existent pour la SRMNIA-PA mais sont faiblement diffusés et méconnus. Cette diffusion doit s'accompagner des mesures concrètes pouvant permettre leur application
- revue du modèle d'intégration des interventions dans les CSPS et HD et les autres échelons afin d'assurer une complétude des PMA et des PCA au regard des différents programmes
- adéquation entre le PMA et le paquet minimum de ressources (PMR) y compris les infrastructures
- opérationnalisation de la santé scolaire et universitaire afin de capturer une proportion de jeunes et adolescents de plus en plus nombreuse
- renforcement accessibilité des structures d'offre de prestation pour les jeunes et adolescents (services de santé, centres jeune) à travers l'établissement d'une cartographie nationale
- développement d'un paquet de services pour les ASBC en lien avec les collectivités locales afin de cibler l'ensemble des programmes concernés
- meilleure répartition du personnel
- révision des curricula de formation et standardiser les compétences des étudiants des écoles privées et publiques afin de limiter les formations en cours d'emploi
- adaptation de la production du personnel aux besoins des programmes qui ciblent les jeunes les adolescents, les personnes âgées et certains problèmes de santé publique tels que les fistules obstétricales (FO)

- Disponibilité permanente des produits sanguins labiles notamment dans les zones d'accès difficile de même que les produits vitaux de santé maternelle
- définition d'une liste d'indicateurs traceurs pour l'ensemble des cibles notamment les jeunes, adolescents et les personnes âgées. Cette liste devrait être intégrée dans le SIS
- promotion de l'accessibilité financière des jeunes, adolescents et personnes âgées aux prestations offertes
- plaidoyer pour améliorer le statut de la femme
- Implication de façon effective des hommes aux activités en rapport avec la santé des mères et du nouveau-né
- amélioration du dialogue entre parents - enfants
- implication plus forte des collectivités locales dans la mise en œuvre de certaines activités communautaires en rapport avec la santé des mères, des enfants des jeunes et adolescents ainsi que de la personne âgée
- Implication plus forte du secteur privé

4 PLAN STRATEGIQUE INTEGRE

4.1 Fondements programmatiques du plan stratégique

Le présent plan stratégique tire ses fondements d'une part des engagements pris au plan international notamment en ce qui concerne les objectifs de développement durable (ODD) concernant la santé et d'autre part des orientations définies au plan national à travers le plan national de développement sanitaire ainsi que le plan national de développement économique et social (PNDES)

Le plan stratégique intégré se fonde également sur les principales orientations prises dans l'élaboration d'un certain nombre de plans stratégiques pour l'horizon 2020. Il s'agit entre autres du plan stratégique des personnes âgées, du plan de Prévention de la transmission mère enfant du VIH, du plan d'accélération de la planification familiale et du plan stratégique des jeunes et adolescents, du plan stratégique de survie de l'enfant ainsi que des plans stratégiques du programme élargi de vaccination (PEV), de la Nutrition et de la promotion de la santé.

4.2 Objectifs

4.2.1 Objectif général

Le plan stratégique intégré ambitionne de contribuer à l'horizon 2020, à l'amélioration de l'état de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent, du jeune et de la personne âgée.

4.2.2 Objectifs spécifiques

De manière spécifique il s'agira d'atteindre les cibles suivantes qui couvrent l'ensemble des étapes du cycle de vie et prennent en compte des dimensions transversales:

- réduire la mortalité maternelle à 243 pour 100 000 NV,
- réduire la mortalité néonatale à moins de 19,5 pour 1000 NV
- réduire la mortalité des moins de 5 ans à moins de 54 pour 1000 NV
- Réduire la transmission mère-enfant du VIH à 2% d'ici à fin 2020.

- Réduire la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans de 27,3% à 15% en fin 2020
- Réduire la prévalence du VIH chez les adolescent(e)s et les jeunes de 0,30% à 0,15% et les IST de 30% à 15%;
- Réduire le nombre de grossesses précoces et/ou non désirées chez les adolescentes et les jeunes de 50%;
- Accroître le taux de la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union de 22,5% en 2015 à 32% en 2020.
- Créer un environnement favorable à la santé des personnes âgées

4.3 Principes directeurs

Dans la perspective d'atteindre les objectifs spécifiques ci-dessus et tenant compte de l'approche intégrée voulue par le présent plan stratégique, un certain nombre d'orientations stratégiques guideront la mise en œuvre

4.3.1 Le renforcement du leadership et la coordination intrasectorielle

Au regard des éléments ci-dessus évoqués et tenant compte des expériences dans la mise en œuvre des plans dans le cadre de la SRMNIA-PA, l'expression d'un leadership fort apparaît comme une stratégie essentielle pour réussir une intervention coordonnée, concertée et pertinente pour l'ensemble des cibles.

A l'évidence, le leadership doit être repensé dans le sens de permettre au Ministère de la santé à travers la DSF de jouer un rôle central avec l'appui des autres acteurs concernés. Dans cette perspective, la DSF tout en assurant un rôle de premier responsable de la SRMNIA-PA devra privilégier la délégation de certaines fonctions à différents acteurs tenant compte des besoins de complémentarité dans l'action en faveur de l'ensemble des cibles.

4.3.2 Le renforcement de la collaboration intersectorielle

Cette orientation stratégique s'impose en raison de plusieurs facteurs :

- les éléments du contexte

Le contexte national reste dominé d'une part par un état de pauvreté encore généralisé, touchant aussi bien les zones rurales que les zones urbaines et les groupes vulnérables. En effet, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés et classé 183ème sur 188 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0,402 en 2015²⁵. Selon l'enquête multisectorielle continue (EMC) de 2014²⁶ sur le profil de pauvreté et d'inégalités, la pauvreté au Burkina est essentiellement rurale avec une incidence de 47,5% contre 13,7% en milieu urbain. Cette même source indique de nombreuses inégalités entre régions du pays avec une concentration de 60% des pauvres dans cinq régions (le Nord, la Boucle du Mouhoun, le Centre-Ouest, le Centre-Nord et l'Est)

Cet état de pauvreté combiné à l'insuffisance de couverture en systèmes de protection sociale, rend l'accessibilité financière particulièrement difficile pour l'ensemble des cibles du plan stratégique. La combinaison de plusieurs approches pour alléger cette barrière financière implique l'action de plusieurs secteurs dont la santé, les collectivités locales, le Secrétariat permanent chargé de la protection sociale et le secrétariat technique de l'AMU avec l'appui des PTF.

Au-delà de ce contexte de pauvreté, la situation est également caractérisée par un environnement social et culturel dans lequel l'autonomie des femmes dans la prise de décision reste relativement faible. De ce fait, certains départements ministériels tel que l'Action sociale ainsi que le Ministère de la femme ont un rôle essentiel à jouer aussi bien sur le plan politique que sur le plan opérationnel en lien avec les actions de la santé

- la multiplicité des intervenants

Les évaluations de la mise en œuvre des différents plans stratégiques qui ciblent la SRMNIA-PA montrent l'implication de plusieurs acteurs. Cette multiplicité des intervenants est en rapport avec le facteur ci-dessus décrit mais également souvent en rapport avec des opportunités de financement pour certains acteurs notamment du monde associatif. Si l'action de ces différents intervenants est pertinente, leur nature et leur diversité rendent la coordination souvent difficile de sorte que les interventions sont

²⁵ Rapport sur le développement humain 2015. Le travail au service du développement humain. PNUD 2015.

²⁶ EMC 2014, INSD, Nov. 2015

parfois isolées, peu connues et non mis en synergie. Ainsi au niveau des jeunes et des adolescents, plusieurs acteurs sont présents (santé, ONG et associations, Action sociale etc.). Il en est de même pour les personnes âgées et pour la PF qui mobilise plusieurs acteurs

- la spécificité de certains problèmes de santé

La collaboration intersectorielle s'impose également en raison de la nature de certains problèmes spécifiques de santé. Dans le cas par exemple des fistules obstétricales, les différentes phases de la lutte imposent l'action de plusieurs acteurs. Ainsi au niveau de la prévention de la prise en charge et de la réinsertion plusieurs acteurs et secteurs de développement autre que la santé sont concernés. Il en est de même pour les personnes âgées ainsi que les jeunes enfants et jeunes et adolescents pour lesquels les secteurs de l'éducation ont également un rôle à jouer dans la promotion de la santé en milieu scolaire.

4.3.3 Le renforcement de l'approche intégrée

L'approche au niveau de la santé est fondée sur l'intégration des différentes interventions de santé au niveau des structures déconcentrées de gestion telles que les directions régionales de la santé et au niveau des structures de prise en charge telles que les CSPS, les CM/CMA, les CHR et les CHU

Dans le cadre de la SRMNIA-PA, le processus d'intégration devra être renforcé à deux niveaux. Au plan horizontal et au plan vertical

L'intégration au plan vertical, vise à permettre le développement d'un PMA et d'un PCA qui prend en compte l'ensemble des cibles visées. Cela impose une revue des normes aussi bien en prestation qu'en ressources à mettre en place (humaines, infrastructures, équipements)

Au plan horizontal, l'intégration vise à renforcer l'utilisation des différentes opportunités offertes par chaque prestation pour les mêmes cibles. Ainsi, les SPN, les périodes d'accouchement, de même que les consultations post natales doivent être mises à profit pour une prise en charge plus globale. Il en est de même pour les soins en milieu hospitalier. Les interventions spécifiques (PF, PTME) doivent intégrer de manière spécifique toutes les prestations pertinentes pour ces cibles. De même, la prise en charge de la santé des enfants, des jeunes et adolescents aussi bien en milieu scolaire qu'en

milieu informel doit être holistique autour des problèmes prioritaires de santé de cette cible.

Il s'agira dans cette logique de double intégration de se départir des approches sélectives et spécifiques autour d'une seule thématique pour des cibles dont les besoins de santé sont connus

4.4 Axes d'intervention

Plusieurs axes d'interventions sont envisagées afin de permettre l'atteinte de l'ensemble des objectifs spécifiques mais en tenant compte des défis d'intégration. Dans cette perspective, deux principaux axes d'interventions sont envisagés: un axe qui cible le système de santé afin d'adresser l'ensemble des problèmes prioritaires identifiés à ce niveau. Cet axe intègre également l'ensemble des problèmes spécifiques à chaque cible dans une approche intégrée. Le deuxième axe cible les éléments déterminant du contexte national

4.4.1 Axes d'intervention au niveau du système de santé

Les axes d'intervention au niveau du système de santé ciblent l'ensemble des piliers du système de santé

Axe 1 : Renforcement de la gouvernance et leadership

| Objectifs stratégiques | Domaines d'intervention | Actions prioritaires |
|---|--|--|
| Renforcer le leadership du MS à travers la DSF | Capacités opérationnelles des structures de mise en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le leadership de la DSF au sein du ministère de la santé pour lui permettre d'assurer une mise en œuvre efficace du plan SRMNIA-PA • Rendre fonctionnels les cadres de concertation aussi bien au niveau central que régional et districts sanitaires • Assurer le suivi et l'évaluation du fonctionnement des cadres de concertation mis en place. |
| Promouvoir la redevabilité à tous les niveaux du système de santé | <p>Capacités des acteurs à rendre compte</p> <p>Mécanismes de redevabilité</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Diffuser des textes législatif et réglementaire existant au profit des différentes cibles de la SRMNIA-PA • Examiner les textes législatifs et réglementaire existants en matière de SRMNIA-PA • Evaluer l'application effective des textes existant afin de prendre des dispositions d'amélioration • Mettre à jour les mécanismes de redevabilité (outils cadres, mécanismes etc.) à tous les niveaux du système de santé pour assurer l'effectivité de la redevabilité |
| Renforcer la collaboration intersectorielle | Connaissance des acteurs concernés (domaines d'intervention, rôle, capacités) | <ul style="list-style-type: none"> • Etablir périodiquement une cartographie de l'ensemble des acteurs intervenant au niveau de la SRMNIA-PA • Formaliser des partenariats avec l'ensemble des acteurs concernés : textes, cadres de concertation etc. • suivre et évaluer le fonctionnement de la collaboration intersectorielle mis en place |

Axe 2 : Prestations de services de santé en matière de SRMNIA-PA

| Objectifs stratégiques | Domaines d'intervention | Actions prioritaires |
|--|---|---|
| Renforcer l'offre de services et de soins de qualité en matière de SRMNIA-PA | <ul style="list-style-type: none"> Adaptation des PMA et des PCA | <ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre un PMA et PCA intégré prenant en compte l'ensemble des prestations destinées à la SRMNIA-PA Doter les acteurs de directives pour l'application du PMA et PCA adapté à la SRMNIA-PA Renforcer les capacités des acteurs dans les processus d'intégration aussi bien verticale qu'horizontale des interventions en faveur de la SRMNIA-PA Mettre en adéquation les ressources (infrastructures, équipements, normes en personnel) avec le PMA et le PCA envisagé pour la SRMNIA-PA Définir un projet de soins et de services qui prend en compte la SRMNIA-PA au niveau des centres médicaux dans les chefs-lieux de communes |
| | <ul style="list-style-type: none"> Prise en compte des groupes spécifiques | <ul style="list-style-type: none"> Opérationnaliser la santé scolaire et universitaire sur l'ensemble du pays Elaborer un plan de couverture sanitaire en matière de soins gériatriques Etablir une cartographie de l'offre de services et de soins pour les jeunes et adolescents à travers un réseau de centres jeunes/maison des jeunes |
| | <ul style="list-style-type: none"> Renforcement de l'offre au niveau communautaire | <ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre un paquet complet de services et de soins au niveau des acteurs communautaires (ASBC) Renforcer l'intégration des ASBC dans un dispositif à assise communautaire comprenant les COGES, les conseils municipaux |

| | | |
|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les processus de contractualisation avec les ONG pour la mise en œuvre d'un paquet d'interventions communautaires en faveur de la SRMNIA-PA |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la qualité des soins et des services | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre un mécanisme d'assurance qualité prenant en compte l'ensemble des prestations en matière de SRMNIA-PA • Renforcer la mise en œuvre des interventions à gain rapide en matière de SRMNIA-PA |
| Renforcer la demande de services et soins en matière de SRMNIA-PA | <ul style="list-style-type: none"> • Réduction des différentes barrières à l'accès aux services et aux soins offerts | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser les interventions en cours sur la gratuité en faveur des moins de cinq ans, des accouchements et des femmes en âge de procréer, PVVIH • Renforcer les dispositifs d'évacuation et de référence notamment des urgences obstétricales • Elargir la couverture maladie aux cibles non couvertes notamment les enfants de 6-9 ans; les jeunes et adolescents ainsi que les personnes âgées • Elargir la gratuité à certains produits tels que les contraceptifs • Renforcer la mise en œuvre de la carte sanitaire afin de réduire la barrière géographique y compris en zone urbaine et péri urbaine • Renforcer les capacités d'agir des femmes |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Promotion des comportements à moindre risques | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'Information, l'éducation et la communication (IEC) / Communication pour le changement social de comportements (CCSC) adapté aux différentes cibles • Introduire l'éducation à la santé, y compris l'éducation sexuelle et la sécurité routière dans les programmes d'enseignement scolaires • Introduire en milieu scolaire la formation sur les compétences de vie |

Axe 3 : Ressources humaines en santé

| Objectifs stratégiques | Domaines d'intervention | Actions prioritaires |
|---|---|--|
| <p>Assurer la disponibilité de ressources humaines pour la santé qualifiées et motivées dans les services de santé en milieu urbain et rural conformément aux normes établies</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Production des ressources humaines en santé | <ul style="list-style-type: none"> • définir les profils pertinents des professionnels de santé selon les priorités en matière de SRMNIA-PA; • initier des formations de base dans des domaines non encore suffisamment couverts tel que la gériatrie • Mettre en place une masse critique de personnes ressources à même de prendre en charge les FO • Intégrer les orientations prioritaires en matière de SRMNIA-PA dans les curricula de formation aussi bien dans les écoles publiques que privées mais aussi dans les filières de spécialisation médicale (cas par exemple de la prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales au niveau de la formation des gynécologues. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Gestion des ressources humaines en santé | <ul style="list-style-type: none"> • Adopter les normes en personnel en adéquation avec le PMA et le PCA défini en SRMNIA-PA à tous les échelons du système de santé • Mettre en œuvre une stratégie nationale de formation continue centrée sur la SRMNIA-PA avec des plans consolidés de formation continue à tous les niveaux du système de santé • suivre et évaluer les formations reçues par les agents de santé en matière de SRMNIA-PA • déployer le personnel afin d'assurer le respect des normes établies |

Axe 4 : Médicaments et autres produits de santé

| Objectifs stratégiques | Domaines d'intervention | Actions prioritaires |
|--|--|--|
| Rendre disponibles les produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, contraceptifs, dispositifs médicaux) conformément aux normes définies dans le PMA et le PCA | <ul style="list-style-type: none">• approvisionnement de l'ensemble des structures• assurance qualité des produits de santé | <ul style="list-style-type: none">• Renforcer la capacité technique des acteurs dans la maîtrise de l'expression des besoins et la gestion des stocks des produits de santé• Sécuriser les produits essentiels tels que les contraceptifs, les produits vitaux, les réactifs pour le test du VIH, les produits essentiels de la liste de l'OMS pour la santé maternelle et infantile en tout temps et à tous les niveaux du système de santé• renforcer le dispositif national d'approvisionnement en produits sanguins labiles• renforcer les capacités de contrôle de qualité des produits de santé essentiels et des analyses de laboratoire |

Axe 5 : Infrastructures, équipements

| Objectifs stratégiques | Domaines d'intervention | Actions prioritaires |
|---|---|---|
| Assurer l'accès des groupes cibles à des infrastructures sanitaires qui répondent aux besoins | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en Conformité des infrastructures sanitaires existantes • Couverture sanitaire nationale en infrastructures sanitaires adaptées | <ul style="list-style-type: none"> • Réhabiliter/Réfectionner les infrastructures existantes selon les normes de prestation en matière de SRMNIA-PA • assurer une mise en place effective des centres médicaux dans les chefs-lieux de communes • Construire et équiper 2 centres de gériatrie à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, • Transformer 10 CHR en CHU, |
| Assurer le respect des normes en équipement dans au moins 85% des structures sanitaires; | <ul style="list-style-type: none"> • Acquisition et installation des équipements • Maintenance des équipements | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre un plan d'acquisition de la logistique pour les évacuations sanitaires notamment dans le domaine des urgences obstétricales • Assurer la mise à niveau des équipements médicaux techniques dans les formations sanitaires conformément aux besoins définis dans le PMA et le PCA pour les cibles concernées • renforcer les capacités des structures pour la maintenance curative et préventive des équipements notamment ceux destinés à la prise en charge des cibles de la SRMNIA-PA (équipements de laboratoire pour le dépistage et le suivi des patients) |

Axe 6 : gestion du système d'information sanitaire et la recherche pour la SRMNIA-PA

| Objectifs stratégiques | Domaines d'intervention | Actions prioritaires |
|--|--|--|
| <p>Assurer la disponibilité et l'utilisation d'informations sanitaires de qualité dans la prise de décisions à tous les niveaux en faveur des cibles de la SRMNIA-PA</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Production de l'information sanitaire de qualité | <ul style="list-style-type: none"> • Revue des supports de collecte pour prendre en compte l'ensemble des cibles dans la collecte des données de routine du système de santé (différentes tranches d'âges y compris les personnes âgées) • Mettre à la disposition des acteurs des données fiables et harmonisées sur les cibles (dénominateurs) que doivent utiliser l'ensemble des acteurs de la collecte • Mettre en place des mécanismes permettant de centraliser les données relatives aux mêmes cibles (jeunes, adolescents, personnes âgées) • Assurer la régularité des enquêtes populationnelles (EDS, MICS) et • Mettre en place un observatoire en milieu scolaire et universitaire pour suivre et documenter les facteurs déterminants et l'état de santé des jeunes et adolescents en milieu scolaire • Mettre en place un dispositif sécurisé de collecte de données sur la santé de la mère et l'enfant par les ASBC à l'aide des téléphones portables (RDV pour les visites de CPN, suivi des enfants etc.) |

| | | |
|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la mise en place du registre électronique de consultation (REC) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • l'utilisation de l'information sanitaire dans la prise de décision à tous les niveaux | <ul style="list-style-type: none"> • assurer la production des annuaires statistiques au niveau des différentes régions • Définir des indicateurs traceurs pour le suivi des performances en matière de SRMNIA-PA • Renforcer le processus d'analyse de ces indicateurs traceurs au niveau régional et district sanitaire • Impliquer les collectivités locales dans le monitoring et le suivi des indicateurs traceurs • Assurer la documentation et la dissémination des bonnes pratiques |
| Accroître la production et l'utilisation des résultats de recherche en santé pour les cibles de la SRMNIA-PA | <ul style="list-style-type: none"> • la production des résultats de recherche en SRMNIA-PA | <ul style="list-style-type: none"> • Etablir des partenariats formels avec des institutions de recherche en santé • Diffuser chaque année les priorités (besoins) en matière de recherche sur la SRMNIA-PA |
| | <ul style="list-style-type: none"> • l'utilisation des résultats de recherche en SRMNIA-PA | <ul style="list-style-type: none"> • Instituer des journées scientifiques ciblant prioritairement des thèmes sur la SRMNIA-PA en partenariat avec des institutions de recherche • Mettre en place un dispositif de capitalisation des résultats de recherche en matière de SRMNIA-PA |

Axe 7 : Financement des interventions en faveur des cibles de la SRMNIA-PA

| Objectifs stratégiques | Domaines d'intervention | Actions prioritaires |
|--|---|---|
| Assurer l'accroissement du financement de la santé | <ul style="list-style-type: none">• Mobilisation des ressources financières en faveur de la SRMNIA-PA | <ul style="list-style-type: none">• Faire le plaidoyer pour l'accroissement de la part du budget de l'Etat alloué à la SRMNIA (pour le respect des engagements pris à Abuja et au niveau de la CEDEAO pour la santé reproductive)• Organiser une table ronde des bailleurs de fonds• Mettre les collectivités territoriales à contribution pour une mobilisation des ressources à travers leurs ressources propres dans le cadre de la décentralisation• Renforcer le dispositif de traçabilité des ressources financières mobilisées par les différents intervenants en faveur de la SRMNIA-PA dans le cadre de la décentralisation |

4.4.2 Axes d'interventions au niveau du contexte socioéconomique

| Objectifs stratégiques | Domaines d'intervention | Actions prioritaires |
|--|--|---|
| Renforcer l'autonomisation des femmes | <ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir économique des femmes • Pouvoir décisionnel des femmes | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le passage à l'échelle des initiatives visant à renforcer le pouvoir économique des femmes (AGR, filets sociaux) • Renforcer des compétences techniques et organisationnelles des femmes • Renforcer les connaissances des femmes sur les dispositifs législatifs et règlementaires existant en matière de droit des femmes |
| Renforcer les capacités d'agir des hommes en matière de SRMNIA-PA | <ul style="list-style-type: none"> • Implication des hommes dans les activités de SR • Communication parents/enfants | <ul style="list-style-type: none"> • Analyser les facteurs qui limitent l'implication des hommes dans les activités en rapport avec la Santé sexuelle et reproductive • Capitaliser les leçons apprises dans les initiatives nationales en matière d'implication des hommes (écoles des maris et futurs époux etc.) • Renforcer les compétences techniques des parents en matière de communication avec les enfants |
| Renforcer la redevabilité des collectivités en matière de compétence transférées notamment dans le cadre de la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Action intersectorielle en faveur de la santé au niveau décentralisé • Suivi des performances en matière de SRMNIA-PA | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les compétences techniques des élus locaux en matière de gestion des compétences transférées en ce qui concerne la santé en général et la SRMNIA-PA en particulier ; • Assurer la prise en compte des priorités nationales en matière de SRMNIA-PA dans les plans communaux de développement (PCD) • Mettre en place un dispositif de monitoring des interventions au profit des femmes et des enfants au niveau des communes |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Promouvoir le principe de la collaboration intersectorielle en faveur de la SRM-NIA-PA</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes de collaboration intersectorielle • Suivi de la fonctionnalité des mécanismes mis en place | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les acteurs clés en matière de SRM-NIA-PA • Mettre en place les textes réglementaires pour formaliser le fonctionnement des structures de collaboration • Mobiliser les ressources financières requises pour le fonctionnement des structures mises en place • Suivre et évaluer périodiquement le fonctionnement du processus de collaboration intersectorielle |
|---|--|--|

4.5 Tableau de suivi des indicateurs de performance

Les différentes cibles retenues dans le plan stratégique sont en cohérence avec celles définies dans le PNDS et dans les différents plans spécifiques déjà adoptés par le Ministère de la santé.

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|----------|-------|-------|-------|------|
| IMPACTS | | | | | |
| Ratio de Mortalité maternelle (pour 100000 naissances vivantes) | 312 | 295 | 277 | 260 | 242 |
| Taux de Mortalité néonatale (‰) | 22,46 | 21,72 | 20,98 | 20,24 | 19,5 |
| Taux de Mortalité infantile (‰) | 41,38 | 40,06 | 38,74 | 37,42 | 36,1 |
| Taux de Mortalité infanto juvénile (‰) | 76,08 | 70,56 | 65,04 | 59,52 | 54 |
| Indice Synthétique de Fécondité | 5,29 | 5,14 | 5, | 4,85 | 4,7 |
| EFFETS | | | | | |
| Taux de transmission mère enfant du VIH | 8,2% | 6,65 | 5,1 | 3,55 | 2 % |
| Prévalence du paludisme chez les 6 à 59 mois(%) | | 38 | 34,33 | 30,67 | 27 |
| Taux de prévalence VIH/sida dans la population générale (%) | <1 | <1 | <1 | <1 | <1 |
| Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans | >2 | >2 | >2 | >2 | >2 |
| Nombre de contacts par habitant e par an des personnes âgées | <1 | <1 | 1 | >1 | >1,5 |
| Prévalence contraceptive | 23,8 | 25,7 | 27,6 | 29,4 | 32% |
| Prévalence de la malnutrition chronique | 27,3% | 24,23 | 21,15 | 18,08 | 15% |
| PRODUITS | | | | | |
| Pourcentage (%) de femmes enceintes venues en CPN1 au premier Trimestre | 33 | 47 | 62 | 76 | 90 |
| Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4 | 35 | 46 | 58 | 69 | 80 |
| % le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié dans les FS | 85,4 | 87,8 | 90,2 | 92,6 | 95 |
| Taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de 0 à 6 mois | 50.1% | 57,58 | 65,05 | 72,53 | 80% |
| Taux de dépistage des femmes enceintes vues en CPN | 70% | 76% | 82% | 89% | 95% |
| Pourcentage de Mères ayant reçu un traitement ARV | 45 | 57 | 70 | 82 | 95 |
| Pourcentage d'Enfants ayant reçu un traitement prophylactique complet aux ARV | 26 | 43 | 60 | 78 | 95 |
| Proportion d'enfants nés de mères séropositives testés à 6 semaines de vie | 10 | 27 | 45 | 62 | 80 |
| % Femmes en âge de procréer utilisatrices des services de PF réalisant leur test de dépistage volontaire au VIH | 5 | 19 | 33 | 46 | 60 |
| Pourcentage des Partenaires de FE ayant réalisé le test VIH | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
| Proportion d'enfants de moins de cinq ans correctement évalués selon TETU dans les structures de référence | 33,3 | 49,98 | 66,65 | 83,33 | 100 |
| Proportion d'enfants de moins de cinq ans correctement pris en charge selon la stratégie PCIME | 16,3%*** | 27,23 | 38,15 | 49,08 | 60% |

| | | | | | |
|--|----------|------|------|------|-----|
| Taux de satisfaction en produits sanguins labiles dans les zones CRTS | 78,2***% | 80% | 85% | 90% | 95% |
| Pourcentage (%) de formations sanitaires offrant des services PTME | 98 | 98,5 | 99,0 | 99,5 | 100 |
| Nombre d'hôpitaux disposant des services de gériatrie | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| % d'agents des DS/CHR/CHU formés sur la PTME y compris le dépistage combiné VIH/syphilis, la technique DBS | -- | 50 | 25 | 15 | 10 |
| % de pharmaciens et PEP des DS formés sur la gestion des intrants PTME | -- | 50 | 25 | 15 | 10 |
| Décès maternels audités parmi les décès maternels enregistrés dans les FS (%) | 40,7*** | 50 | 60 | 70 | 80 |

Sources : Plans stratégiques PNA PF, eTME, PSSE, Rapport ONUSIDA, CSN, Annuaire statistique 2016/MS

NB: Certains indicateurs ne sont pas documentés et devront faire l'objet d'attention notamment lors des enquêtes en populations telles que l'EDS, ou à travers la mise en place d'un observatoire en milieu scolaire, afin de pouvoir avoir des données.

- grossesses précoces et/ou non désirées chez les adolescentes et les jeunes;
- avortements clandestins chez les adolescentes et les jeunes;
- niveaux de base de consommation des substances psycho actives (alcool, tabac, drogue...) chez les adolescent(e)s et jeunes ;
- traumatismes (accidents de la circulation routière) chez les adolescents et les jeunes;
- les personnes âgées

4.6 Mise en œuvre

4.6.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre

Le plan stratégique intégré tire sa particularité de son caractère exhaustif dont la mise en œuvre impose l'implication de plusieurs acteurs. Le cadre institutionnel de mise en œuvre tout en prenant en compte la nécessité d'impliquer tous ces acteurs, se fonde sur les dispositifs existant évitant ainsi la multiplicité des structures de coordination. Il est suggéré deux niveaux :

(1) coordination et pilotage politique du plan stratégique

Le Ministre de la santé a en charge de la coordination de la mise en œuvre du plan stratégique dans le cadre du fonctionnement du cadre sectoriel de dialogue (CSD). En rappel, le CSD est présidé par le Ministre de la santé et implique l'ensemble des acteurs et partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé. Il se réunit deux fois par an. Composé essentiellement de la santé, de l'action sociale et de l'agriculture, il est chargé d'adopter une politique sectorielle unique²⁷. Le CSD offre donc un espace à travers lequel, la DSF assurera (i) la définition des priorités en matière de SRMNIA-PA (ii) la mobilisation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan stratégique intégré et (iii) la coordination des interventions en faveur de la SRMNIA-PA.

Dans ce cadre, la DSF s'appuiera également sur les trois groupes thématiques mis en place et qui sont en charge du Pilotage et soutien au système de santé ; des Prestations des services de santé et de l'Accès aux services de santé.

La coordination au niveau du ministère de la santé se fera à travers le dispositif classique fondé sur la déconcentration à travers les directions régionales de la santé et les districts sanitaires.

(2) suivi des performances dans la mise en œuvre du PSI

Une fois les orientations définies, le suivi des performances en matière de SRMNIA-PA se fera à travers le comité national de suivi de la mise en œuvre des programmes

²⁷ PNDS 2016-2020

et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale mise en place depuis 2004 et qui fonctionne de manière semestrielle²⁸. Il est cependant requis de procéder à une révision de ce texte afin de l'adapter au contexte national actuel notamment en ce qui concerne les acteurs impliqués. Cette révision permettra d'élargir le champ d'action aux cibles concernées et non seulement à la mortalité maternelle et néonatale. Le comité se réunira par semestre avant la tenue des rencontres du CSD ce qui permettra de disposer de recommandations lors de la tenue des sessions du CSD.

4.6.2 Dissémination

Une fois adoptée, la présentation et la promotion du PS pourront se faire au travers du CSD lors de ses rencontres semestrielles. Il en est de même pour le comité national de suivi des plans et stratégies nationales en matière de SRMNIA-PA.

Au-delà de ce cadre, le PS devra également être mis à la disposition de l'ensemble des acteurs du niveau central et du niveau déconcentré ainsi que de tous les acteurs concernés.

La dissémination devra être active afin de permettre aux acteurs à tous les niveaux de comprendre la logique d'intégration qui sous-tend la conception et la mise en œuvre du PS

4.6.3 Processus de planification

La mise en œuvre du PS se fera à travers des plans opérationnels par thématique et les plans annuels des différents niveaux de planification au sein du MS et selon les processus de planification définis par les différents acteurs concernés. La DSF indiquera à travers les directives de planification du MS, les priorités retenues pour l'année. Ces priorités constitueront le référentiel pour l'ensemble des acteurs y compris les autres départements ministériels et les partenaires techniques et financiers

²⁸ Arrêté N° 2004 / 148/-MS-CAB, 11 mai 2004

4.6.4 Suivi et évaluation

Le suivi sera effectué dans le cadre du fonctionnement du Comité national dont les travaux alimenteront ceux du CSD et des groupes thématiques. Ainsi, un bilan semestriel et annuel sera fait aussi bien sur l'effectivité de la mise en œuvre que sur les résultats obtenus.

Le suivi des indicateurs de performances se fera sur la base du processus de collecte fonctionnel au niveau du MS. Des efforts seront faits pour la centralisation des données provenant des autres acteurs et le CSD devra faciliter ce processus de centralisation de l'information. Ce premier plan stratégique devra faciliter la disponibilité des indicateurs de base pour l'ensemble des cibles concernées afin de faciliter le suivi des performances.

Une revue du plan stratégique intégré sera faite en fin 2018 et une évaluation finale en fin 2020.

4.7 Hypothèses budgétaire

4.7.1 Financement du plan stratégique intégré

Le financement du plan stratégique intégré (2017-2020) sera assuré par le budget de l'Etat ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Il sera tenu une table ronde des bailleurs après l'élaboration du plan de mise en œuvre du PSI.

4.7.2 Description du cadrage financier du Plan stratégique intégré

Le cadrage financier ou l'estimation du coût du plan stratégique intégré s'est fait de façon suivante.

Elle a consisté à estimer le coût de la tranche 2017- 2020 des plans spécifiques existants sur la base des axes d'interventions définies dans lesdits plans.

Le montant cumulé de ces 5 plans estimé est **de 391 Milliards 331 Millions 776 milles 674 Francs CFA.**

A ce montant une prévision de **Quinze (15) Milliards 300 Millions** de francs

(15 300 000 000) CFA a été ajoutée au titre des mesures spécifiques liées au contexte. Ces mesures sont liées entre autres à certaines initiatives fortes du gouvernement dans l'optique du renforcement du statut de la femme.

Les montants annuels affectés au financement de l'autonomisation des femmes à travers les AGR ont été revus à la hausse en 2019 et 2020, avec un montant de **Un (1) milliard** de FCFA supplémentaire par an ; et cela en estimant que le remboursement des fonds alloués les années précédentes renforce le niveau du fonds d'appui disponible pour le financement des projets des femmes.

Pour l'année 2017 ; un ajustement a été fait pour tenir compte du niveau d'exécution financière des activités en cours dans les différents plans d'action spécifique de la SRMANIA. Une estimation anticipée de 85% de taux d'exécution financière des plans d'actions en cours de mise en œuvre a été faite. Ce seuil est la moyenne des taux d'exécution financières des structures centrales obtenu à partir des données issues des revues sectorielles santé nutrition des trois dernières années 2014 ; 2015 et 2016.

Pour l'estimation des coûts par axe une clé de répartition a été appliquée. Cette clé est issue des % des financements par orientation stratégique du PNDS 2011-2020 affecté par axe.

Les axes du Plan Stratégique Intégré ne correspondant pas exactement aux Orientations Stratégiques du PNDS ; des regroupements ont été opérés. Ainsi la clé de répartition de l'orientation stratégique gestion du système d'information sanitaire a été fusionnée avec la clé de répartition de la recherche. De même la clé de répartition des médicaments a été estimée séparément de celle des produits de santé.

La ventilation des montants annuels par axe a été faite en fonction des montants globaux annuels disponibles.

Pour la réalisation du Plan Stratégique Intégré (SRMNIA), **406 Milliards 631 Millions 776 Mille 674 Francs CFA (406 631 776 674) CFA est nécessaire.**

Le multiplicateur de 0,03 représentant le taux d'inflation maximum parmi les critères de convergence des pays membres de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) a été retenu pour tenir compte de l'inflation des prix.

L'hypothèse a été faite de ne pas créer de nouveaux GAP de financement mais de conserver les Gap prédéfinis dans chaque plan spécifique. Ainsi le GAP de financement s'établit à **38 milliards 240 Millions 845 Mille (38.240.845.000) Francs CFA.**

4.7.3 Résumé des coûts du plan

Le coût total du PSI (2017-2020) est estimé à **406 Milliards 631 Millions 776 Mille 674 Francs CFA soit en moyenne un montant de 101 Milliards 657 Millions 944 Mille 169 Francs CFA par an.**

Ce coût est particulièrement dominé par le coût de l'axe 3 « **Ressources humaines** » qui constitue 41% du financement total de ce plan ; suivi de l'axe « **Médicaments et autres produits de santé** », 24% et de l'axe 2 « **Prestations de services de santé en matière de SRMNIA** » représentant 18%. Cela s'explique par l'importance des actions prioritaires définies dans ces axes. Les axes « **mesures liées au contexte** » et « **Le renforcement du leadership et de la gouvernance** » s'établissent à 4% chacun.

Trois objectifs stratégiques consomment 83% des ressources du budget estimatif du PSI. Ces objectifs sont:

- L'objectif stratégique « **Assurer la disponibilité de ressources humaines pour la santé qualifiées et motivées dans les services de santé en milieu urbain et rural** » consomme 41 % des ressources.

- L'objectifs stratégique «Rendre disponibles les produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, contraceptifs, produits médicaux et technologies) conformément aux normes définies dans le PMA et le PCA » **24%**
- L'objectif stratégique « **Prestations de services de santé en matière de SRMNIA » 18%.**

Le tableau 5 ci-dessous, donne le détail des coûts estimatifs par axe d'intervention et par an.

Tableau.5: Coûts par axe stratégiques et par an

| Axes stratégiques | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | TOTAL | % |
|---|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------|
| Axe.1. Renforcement de la gouvernance et leadership | 3 571 254 200 | 4 421 552 819 | 4 591 612 543 | 4 421 552 819 | 17 005 972 381 | 4% |
| axe 2. Prestations de services de santé en matière de SRMNIA | 15 177 830 352 | 18 791 599 483 | 19 514 353 309 | 18 791 599 483 | 72 275 382 627 | 18% |
| axe 3. Ressources humaines en santé | 34 896 715 291 | 43 205 457 028 | 44 867 205 375 | 43 205 457 028 | 166 174 834 721 | 41% |
| axe 4. Médicaments et autres produits de santé | 20 527 479 583 | 25 414 974 722 | 26 392 473 750 | 25 414 974 722 | 97 749 902 777 | 24% |
| axe 5. Infrastructures, équipements | 5 356 881 301 | 6 632 329 229 | 6 887 418 815 | 6 632 329 229 | 25 508 958 575 | 6% |
| axe6. Gestion du système d'information sanitaire et la recherche pour la SRMNIA | 674 696 881 | 835 338 995 | 867 467 418 | 835 338 995 | 3 212 842 290 | 1% |
| axe 7 : Financement des interventions en faveur des cibles de la SRMNIA | 1 974 815 494 | 2 445 009 659 | 2 539 048 492 | 2 445 009 659 | 9 403 883 303 | 2% |
| Mesures liées au contexte socio économique | 2 800 000 000 | 3 500 000 000 | 4 500 000 000 | 4 500 000 000 | 15 300 000 000 | 4% |
| Total PSI | 84 979 673 102 | 105 246 261 935 | 110 159 579 702 | 106 246 261 935 | 406 631 776 674 | 100% |

Le tableau 6 ci-dessous donne une estimation annuelle des besoins de financement

Tableau.6. Estimation annuelle du besoin (GAP) de financement.

| LIBELLE | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Total | |
|--|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| Estimation du coût du plan | 84 979 673 102 | 105 246 261 935 | 110 159 579 702 | 106 246 261 935 | 406 631 776 674 | |
| Estimation des disponibilités financières | 74 419 089 102 | 95 275 988 935 | 100 030 307 702 | 98 665 545 935 | 368 390 931 674 | |
| GAP de financement | 10 560 584 000 | 9 970 273 000 | 10 129 272 000 | 7 580 716 000 | 38 240 845 000 | 9,4% |

Nb. Selon ce tableau 90.6% des financements sont acquis

4.8 Conditions et hypothèses de succès dans la mise en œuvre

Un certain nombre de conditions sont requises pour assurer une effectivité dans la mise en œuvre et des résultats et impacts attendus

4.8.1 Consensus sur les défis de l'intégration

La vision autour du continuum de prise en charge autour du cycle de vie, impose que les processus organisationnels de l'offre des services et des soins au niveau des structures existante ou à mettre en place. Un certain nombre de mesure doivent être prises afin que cette réorganisation soit effective :

- La revue des normes en personnel est essentielle pour garantir la mise en œuvre des PMA et PCA adaptés à la SRMNIA-PA. De nouvelles normes devront être adoptées
- Au-delà de l'adoption des normes, il faut des mesures de normalisation effective des formations sanitaires par la gestion plus rationnelle des ressources humaines
- La mise en perspective des infrastructures et équipements avec le paquet d'activités retenus
- Des directives précises sur l'organisation des paquets de services et de soins intégrés à tous les niveaux de l'offre de soins
- La revue des curricula de formation et la prise en compte de nouvelles filières de spécialisation au regard des besoins de prestations en matière de SRMNIA-PA

4.8.2 Mobilisation effective des ressources financières

La question des ressources financières se pose à deux niveaux :

- L'accroissement des ressources financières notamment la contribution de l'Etat pour assurer une stabilité et une pérennité des initiatives
- Les modalités de financement. Ces modalités de financement doivent cibler le paquet de services et de soins et non des éléments partiels. Cela impose une

approche très concertée de la part des différentes sources de financement afin de limiter la fragmentation du financement.

4.8.3 Coordination effective de l'ensemble des acteurs

La coordination effective de l'ensemble des acteurs dépendra du degré de fonctionnement et d'efficacité des cadres de concertation qui sont mis en place à savoir le cadre sectoriel de dialogue et les groupes thématiques

5 LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

1. MINISTERE DE LA SANTE. Politique Nationale de Santé, 2011. Ouagadougou, 2011
2. MINISTERE DE LA SANTE. Plan National de Développement Sanitaire (2011 – 2020). Ouagadougou, 2011.
3. MINISTERE DE LA SANTE. Evaluation des plans et programmes de la Direction de la Santé de la Famille. Ouagadougou, Septembre 2017.
4. MINISTERE DE LA SANTE-DSF. Plan d'élimination de la Transmission du VIH mère-enfant. Ouagadougou, Avril 2017.
5. MINISTERE DE LA SANTE-DSF. Plan de relance de la planification familiale. Ouagadougou, Janvier 2013.
6. MINISTERE DE LA SANTE-DSF. Plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction 2009-2015. Ouagadougou Mai 2010.
7. MINISTERE DE LA SANTE-DSF. Plan stratégique pour une maternité à moindre risque 2004-2008. Ouagadougou, Mars 2004.
8. MINISTERE DE LA SANTE. Plan stratégique pour la survie des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso (2015 – 2020). Ouagadougou, Mai 2015.
9. MINISTERE DE LA SANTE. Plan national d'Accélération de Planification familial du Burkina Faso. Ouagadougou, Juillet 2017.
10. MINISTERE DE LA SANTE-DSF *Protocole de Santé de la Reproduction : Composantes communes* .Ouagadougou, Mai 2010.
11. MINISTERE DE LA SANTE-DSF. Protocole de Santé de la Reproduction : Santé du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune .Ouagadougou, Mai 2010.
12. MINISTERE DE LA SANTE-DSF. Protocole de Santé de la Reproduction : Santé de la femme, prise en charge gynécologique .Ouagadougou, Mai 2010.
13. MINISTERE DE LA SANTE-DSF. Protocole de Santé de la Reproduction : Santé de la femme et du nouveau-né de moins de Sept (7) jours. Ouagadougou, Mai 2010.
14. MINISTERE DE LA SANTE-DSF. Protocole de Santé de la Reproduction : Santé de la femme et du nouveau-né de moins de Sept (7) jours : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Ouagadougou, Mai 2010.
15. MINISTERE DE LA SANTE-DSF. Politique et Normes en matière de Santé de la Reproduction. Ouagadougou, Mai 2010.
16. MINISTERE DE LA SANTE. Programme national de lutte contre les fistules obstétricales 2011-2015. Ouagadougou, Décembre 2011.

17. MINISTERE DE LA SANTE. Plan Stratégique, santé des adolescents et des jeunes 2016-2020. Ouagadougou, Octobre 2015.
18. MINISTERE DE LA SANTE. Plan Stratégique, santé des personnes âgées 2016-2020. Ouagadougou, 2016.
19. MINISTERE DE LA SANTE-DSF. Programme National de Prévention de la Transmission de la Mère à l'enfant : Rapport Annuel 2016. Ouagadougou, Juin 2017.
20. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LUTTE CONTRE LE SIDA. Programme national de santé de la reproduction. Plan Stratégique de Santé de la Reproduction révisé 2013-2015. Février 2013. 107p.
21. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. Politique national de santé de la reproduction. Juillet 2008. 24p.
22. MINISTERE DE LA SANTE / UNFPA. Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Benin 2010-2020. Juin 2010. 48p.
23. MINISTERE DE LA SANTE. Stratégie nationale de santé sexuelle et VIH. Rapport HCSP sur le XVIIe congrès de la société française de lutte contre le SIDA. Sexualités et addictions. Avril 2016. 29p.
24. MINISTERE DE LA SANTE-DGESS. Annuaire Statistique 2011. Ouagadougou, Mai 2012.
25. MINISTERE DE LA SANTE-DGESS. Annuaire Statistique 2012. Ouagadougou, Mai 2013.
26. MINISTERE DE LA SANTE-DGESS. Annuaire Statistique 2014. Ouagadougou, Mai 2015.
27. MINISTERE DE LA SANTE-DGESS. Annuaire Statistique 2016. Ouagadougou, Mars 2017.
28. MINISTERE DE LA SANTE-DGESS. Annuaire Statistique 2013. Ouagadougou, Mai 2014.
29. MINISTERE DE LA SANTE-CABINET : Arrêté N° 2004-148/MS/CAB, portant création, composition et fonctionnement du comité national de suivi de la mise en œuvre des programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, 11 mai 2004
30. Ministère de la santé : Rapport de l'enquête nationale sur la prévalence des facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso, enquête STEPS 2013 , juin 2014
31. Ministère de la Santé, Rapport annuel sur la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des médicaments vitaux de santé maternelle dans les points de prestations de services au Burkina Faso. 2016.
32. Institut National de la Statistique et de la Démographie : Rapport du Module Démographie et Santé (MDS) de l'Enquête Multisectorielle Continue (EMC), février 2016

33. Institut de Recherche en Sciences de la Santé. Disponibilité des Produits Contraceptifs Modernes et des Produits Vitaux de Santé Maternelle dans les Points de Prestation de Services au Burkina Faso. 2012.
34. Georges Guiella, Vanessa Woog : Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso: Résultats d'une enquête nationale en 2004. Occasional Report No. 21 Avril 2006
35. LEGUENIC, Morgane. L'approche participative fondements et principes théoriques. Application à l'action humanitaire. Groupe URD, Septembre 2001,16p.
36. AGOUNDOUTE, Désiré et al. Participation villageoise au développement Rural : Le Manuel du praticien. Réseau Africain sur les Approches Participatives, 1999, 84p.
37. INTERNATIONAL HEALTH PARTNERSHIP. Evaluation conjointe des stratégies et plans de santé nationaux ; Outil d'évaluation conjointe : les attributs d'une solide stratégie nationale. Deuxième version, Septembre 2011.
38. EBELIN, Pascale. Pertinence de l'approche participative dans le cadre de projets paysagers : focus sur les Pays-Bas. Sciences agricoles. 2012. <dumas-00751840>
39. JOLIVEAU, Thierry. Parcours 4.Planification Participative et géomatique.128p
40. PROJET LOKAL et USAID. Méthodologie de planification participative. Novembre 2008.148p.
41. SLOCUM, Nikki. Méthodes participatives : un guide pour l'utilisateur. Fondation Roi Baudouin. Bruxelles, Mars 2006.204p.
42. ONYANGO, Grace et Miranda WORTHEN. Manuel sur les méthodes participatives pour les projets communautaires : Un Guide pour les responsables de la programmation et de la mise en œuvre basé sur le Projet de recherche pour une action participative avec les jeunes mères et leurs enfants au Liberia, en Sierra Leone et au Nord de l'Ouganda. Novembre 2017, 40p.
43. KAREN HARDEE, JILL GAY ET ELISHA DUNN-GEORGIU. Guide pratique d'intégration de la santé en matière de reproduction et du VIH dans les propositions de subvention à adresser au Fonds Mondial. Population Action International. Mars 2010. 67p.
44. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Plan stratégique national de santé de la reproduction et planification familiale 2013-2016 en Haïti. Décembre 2012. 38p.
45. PROJET DE RECHERCHE SUR LE PLANNING FAMILIAL. « Santé, sexualité, droits et genre : programme de promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et d'égalité des sexes au Burkina Faso, Cameroun, Madagascar» Juin 2014. 5p.