

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice



POLITIQUE SECTORIELLE – SANTE
2018-2027

Septembre 2017

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	3
1. Résumé	8
2. Contexte et justifications	10
2.1 Description du secteur	10
2.2 Périmètre ou champs d'actions du secteur	10
2.3 Importance de la politique	11
3. Partie I : Analyse de la situation du secteur	12
3.1 Contexte politique, socio-économique	12
3.2 Contexte culturel	13
3.3 Education	14
3.4 Eau, Hygiène et Assainissement	14
3.5 Cadre organisationnel, institutionnel et réglementaire	15
3.6 Acteurs et rôles	16
3.7 Evaluation des ressources et des mesures de gouvernance	17
3.7.1 Ressources humaines	17
3.7.2 Ressources matérielles	18
3.7.3 Produits médicaux	18
3.7.4 Ressources financières	20
3.7.5 Autres ressources (informationnelles, technologiques ..)	22
3.7.6 Mesures sectorielles et intersectorielles de gouvernance	22
3.8 Bilan des politiques et stratégies antérieures	24
3.8.1 L'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous	25
3.8.2 L'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré	28
3.8.3 Le processus d'accélération de la transition démographique pour déclencher le dividende démographique est réellement mis en mouvement	31
3.9 Grands défis à relever	32
4. Partie II : Eléments de la politique	33
4.1 Les fondements	33
4.2 La vision	35
4.3 Les principes directeurs	35
4.4 Les orientations stratégiques	36
4.4.1 L'objectif global et les impacts attendus	36
4.4.2 Axes stratégiques, objectifs stratégiques et effets attendus	36
5. Partie III : Dispositions de mise en œuvre et de suivi évaluation	50
5.1 Dispositions de mise en œuvre	50
5.1.1 Instruments de mise en œuvre	50
5.1.2 Cadre organisationnel	50
5.1.3 Acteurs de mise en œuvre	51
• Les structures étatiques	51
5.2 Le suivi et l'évaluation	52
5.2.1 Le mécanisme de suivi et d'évaluation	52
5.2.2 Les outils de suivi et d'évaluation	52
6. Mécanisme de financement	53
7. L'analyse et la gestion des risques	54
8. Annexes	56
8.1 Cadre logique (global et référentiel national)	56
8.2 Cadre de mesure de performance	64
8.3 Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces	66
8.4 Equipe de rédaction	73

Avant-propos

Le Gouvernement du Burkina Faso a adopté un plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020 devant guider son action au cours du quinquennat. Dans le cadre de sa mise en œuvre, quatorze (14) secteurs de planification ont été identifiés parmi lesquels, le secteur de planification santé. Ce secteur de planification regroupe les trois ministères suivants : i) la santé, ii) l'agriculture, les aménagements hydrauliques et iii) la Femme, la solidarité nationale et de la famille. Le Ministre de la santé est le chef de file de ce secteur. Ce regroupement conforte la vision de la multisectorielle et multidimensionnelle de la santé.

Le secteur s'est doté d'une politique sectorielle santé visant l'amélioration de l'état de santé de la population du Burkina Faso. La vision est : « ***un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2027*** ». Son élaboration a connu la participation aussi bien des ministères concernés que des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du secteur. Nous saluons l'engagement des PTF, des autres acteurs, à soutenir cette politique et leur exprime ma profonde gratitude.

La mise en œuvre réussie de cette politique va assurément contribuer à une croissance forte, durable, résiliente, inclusive pour tous, en induisant l'amélioration du bien-être social de la population.

Tous les acteurs sont conviés solennellement à conjuguer leurs efforts pour réussir le pari d'une bonne santé à travers cette politique sectorielle santé.

Sigles et abréviations

AA	Accouchement assisté
ABS	Appui budgétaire sectoriel
AI	Appui institutionnel
AMA	African medicines agency
AMU	Assurance maladie universelle
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ARV	Antirétroviraux
ASBC	Agent de santé à base communautaire
ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
BCG	Bacille Calmette et Guérin (vaccin)
CAMEG	Centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques et des consommables médicaux
CASEM	Conseil d'administration du secteur ministériel
CCC	Communication pour le changement de comportement
CEDEAO	Communauté économique des états de l'Afrique de l'ouest
CEDIM	Centre de documentation et d'information sur le médicament
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CFB	Code fonctionnel du budget
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CMLS	Comité ministériel de lutte contre le sida
CNA	Cinéma numérique ambulancier
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAOB	Centre national d'appareillage orthopédique du Burkina
CNBE	Centre national de bioéthique
CNLC	Centre national de lutte contre la cécité
CNRFP	Centre national de recherche et de formation sur le paludisme
CNS	Conseil national de santé
CNSA	Centre national de sécurité alimentaire
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
COGES	Comité de gestion
COMPACT	Engagement politique et moral entre le gouvernement et ses partenaires
CPF	Code des personnes et de la famille
CPN4	Consultation Prénatale 4 ^{ème} Passage
CPoN	Consultation post-natale
CRD	Cadre régional de dialogue
CSD	Cadre sectoriel de dialogue
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSPS	Centre de santé et promotion sociale
CSU	Couverture sanitaire universelle
CT	Conseiller technique
CTRS	Comité technique régional de santé
DAD	Direction des archives et de la documentation
DAF	Direction de l'administration et des finances
DCPM	Direction de la communication et de la presse ministérielle
DCPP	Direction de la coordination des projets et des programmes
DES	Direction des établissements sanitaires
DFP	Direction de la formulation des politiques
DGB	Direction générale du budget
DGEP	Direction générale
DGESS	Direction générale des études et des statistiques sectorielles

DGPML	Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DGS	Direction générale de la santé
DL	Direction des laboratoires
DLM	Direction de la lutte contre les maladies
DLUM	Direction de la logistique et des urgences médicales
DMEG	Dépôt des médicaments essentiels génériques
DMP	Direction des marchés publics
DMPT	Direction de la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle
DN	Direction de la nutrition
DPPO	Direction de la prospective et de la planification opérationnelle
DPS	Direction de la promotion de la santé
DPU	Devis programme unique
DPV	Direction de la prévention par les vaccinations
DRD	Dépôt répartiteur de district
DRH	Direction des ressources humaines
DRLP	Direction de la réglementation et des licences pharmaceutiques
DRS	Direction régionale de la santé
DS	District sanitaire
DSAP	Direction de la sécurisation des approvisionnements pharmaceutiques
DSEC	Direction du suivi, de l'évaluation et de la capitalisation
DSF	Direction de la santé de la famille
DSITS	Direction des services informatiques et de la télésanté
DSS	Direction des statistiques sectorielles
DUE	Délégation de l'Union européenne
EA	Effets attendus
ECD	Equipe cadre de district
ECR	Equipe cadre régionale
EDS	Enquête démographique et de santé
EF	Equipes fonctionnelles
EMC	Enquête multisectorielle continue
EMDS	Enquête module démographie et santé
EMP	Evaluation a mi-parcours du PNDS 2011-2020
ENDOS	Entrepôt de données
ENIAB	Enquête nutritionnelle iode anémie du Burkina Faso
ENSP	Ecole nationale de santé publique
FAP	Femmes en âge de procréer
FBR	Financement basé sur les résultats
FED	Fonds européen de développement
FESPACO	Festival panafricain du cinéma de Ouagadougou
FM	Fonds mondial
FS	Formation sanitaire
GAR	Gestion axée sur les résultats
GT	Groupe thématique
GAVI	Global alliance for vaccines and immunization
HD	Hôpital de district
HR	Hôpital régional
HTA	Health technologie assessment
ICP	Infirmier chef de poste
IDE	Investissement direct a l'étranger
IEC	Information éducation communication
IRA	Infection respiratoire aigue
IRSS	Institut de recherche en science de la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
ITSS	Inspection technique des services de santé
LNSP	Laboratoire national de santé publique
MAAH	Ministère de l'agriculture et des aménagements hydrauliques
MCD	Médecin –chef de district
MEF	Ministère de l'économie et des finances

MEG	Médicament essentiel générique
MENA	Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation
MFSNF	Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille
MGF	Mutilation génitale féminine
MINEFID	Ministère de l'économie, des et du développement
MNT	Maladies non transmissibles
MS	Ministère de la santé
MTN	Maladies tropicales négligées
NBA	Nomenclature des branches d'activités
OBC	Organisation à base communautaire
ODD	Objectif du développement durable
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
OOAS	Organisation ouest-africaine de la santé
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
OSC	Organisation de la société civile
OST	Office de santé des travailleurs
OUA	Organisation de l'Unité africaine
PADS	Programme d'appui au développement sanitaire
PAM	Programme alimentaire mondial
PAPS	Projet d'appui à la politique sectorielle
PCD	Plan communal de développement
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDSD	Plan de développement sanitaire des districts
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PIN	Programme indicatif national
PIP	Projets et programmes inscrits au programme d'investissement prioritaire
PPP	Partenariat public - privé
PMA	Paquet Minimum d'activités
PNDES	Plan national de développement économique et social
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé
PRD	Plan régional de développement
PROMACO	Programme de marketing social et de communication pour la santé
PSS	Politique sectorielle santé
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH-sida
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
RENLAC	Réseau national de lutte anti-corruption
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitation
RHS	Ressources humaines en santé
SAF	Service administratif et financier
SCADD	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SCC	Service central du courrier
SDA	Service de la documentation et des archives
SENN	Soins essentiels aux nouveau-nés
SERSAP	Société d'étude et de recherche en santé publique
SG	Secrétaire général
SMART	Standardized monitoring and assessment on relief and transitions
SNPEME	Stratégie nationale de prévention et d'élimination du mariage d'enfant
SNPF	Semaine nationale de la planification familiale
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet
SP	Secrétariat particulier ou permanent

SP/CNS	Secrétariat permanent du conseil national de santé
SR	Santé de la reproduction
TBFS	Taux brut de fréquentation scolaire
TDR	Termes de références
TNS	Taux net de scolarisation
TLOH	Télégramme lettre officielle hebdomadaire
UE	Union européenne
UEMOA	Union économique et monétaire ouest africaine
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
VAA	Vaccin anti-amaril
VAR	Vaccin anti-rougeoleux
VAT	Vaccin antitétanique

1. Résumé

Pour faire face à la pléthore de politiques sectorielles, quatorze (14) secteurs de planification ont été définis dans le cadre de la mise en œuvre du PNDES. Ce dernier a été donc conçu dans la logique de la gestion axée sur les résultats (GAR), avec à l'esprit que chaque cadre sectoriel de dialogue (CSD) dispose de sa Politique sectorielle conformément aux 14 secteurs de planification retenus dans le PNDES.

Le secteur de la planification santé est constitué de certains domaines du Ministère de la santé, du Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille (MFSNF) et du Ministère de l'agriculture et des aménagements hydrauliques (MAAH). La politique sectorielle de santé aborde les interventions qui concourent à promouvoir, prévenir, rétablir et réhabiliter la santé de la population, notamment : (i) la santé maternelle et infantile dont l'élimination des mutilations génitales féminines ; (ii) les maladies transmissibles et non transmissibles, dont les maladies tropicales négligées ; (iii) l'amélioration de l'état nutritionnel par la prise en charge de la malnutrition et les interventions en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle.

De l'analyse de la situation, il ressort que pour atteindre les impacts visés, de meilleurs résultats doivent être obtenus pour : (i) la prévention et la prise en charge du paludisme, des infections respiratoires, des maladies diarrhéiques, de la septicémie néonatale, de la méningite et de la tuberculose mais également des maladies cardiovasculaires, du diabète et des hémoglobinopathies; ii) la prévention et la prise en charge de la malnutrition infantile et maternelle ; iii) la prévention et la réparation des mutilations féminines et la couverture du besoin en planification familiale.

Pour assurer un accès aux soins en fonction des besoins et pour protéger les ménages contre l'appauvrissement par le recours aux soins, il en ressort les défis principaux suivants : (i) une disponibilité des ressources humaines en santé de qualité et en quantité suffisante pour l'offre efficace de services de santé ; ii) le financement efficace et efficient de la santé, tenant compte de l'approche de gestion intégrée des ressources mobilisées/allouées ; iii) la disponibilité permanente des intrants dont les médicaments, les vaccins, les produits contraceptifs et les produits sanguins ; iv) la bonne gouvernance et la lutte contre la fraude ;v) une coordination efficace de la mise en œuvre du PNDS ; vi) la baisse significative de la mortalité maternelle et infantile ; vii) l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH ; viii) le contrôle l'élimination des maladies transmissibles et non transmissibles ; ix) la mise en œuvre de l'assurance qualité des services et des prestations ; x) la mise en œuvre de la réforme hospitalière dont la fonction publique hospitalière ; xi) l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes chez les enfants et les autres groupes à risque ; xii) l'accélération de la transition démographique par la mise en œuvre du plan d'accélération de

la planification familiale, l'amélioration de l'état de santé des adolescentes et des adolescents ainsi que du statut de la femme.

La vision du secteur santé se décline comme suit : « un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2027 ».

Les impacts attendus sont : (i) Réduction des morbidités et des mortalités (ii) Augmentation de l'espérance de vie à la naissance (iii) Amélioration du bien-être de la population.

La politique comprend cinq axes stratégiques qui sont : (i) Accès aux services de santé, (ii) Nutrition, (iii) Transition démographique, (iv) Promotion de la bonne gouvernance et (v) Amélioration de la disponibilité et la gestion efficiente des ressources sanitaires

Le dispositif de suivi et d'évaluation se conforme au dispositif national de suivi des politiques de développement notamment le PNDES.

Les ressources financières qui seront mobilisées pour la mise en œuvre de la politique sectorielle de la santé proviendront de l'Etat, des Partenaires techniques et financiers, du secteur privé, des collectivités territoriales, des organisations de la société civile et des ménages.

2. Contexte et justifications

2.1 Description du secteur

1. Le secteur de planification santé couvre les questions de santé, notamment celles relatives aux produits, appareils et matériels médicaux, aux services ambulatoires, aux services hospitaliers, aux services de santé publique (CFB 07), à la santé et action sociale (NBA 180030) et à la nutrition (autres domaines concernés). Le Cadre Sectoriel de Dialogue de ce secteur est présidé par le Ministre de la santé.
2. Le Ministre de la femme, de la solidarité nationale et de la famille (MFSNF) et le Ministre de l'agriculture et des aménagements hydrauliques (MAAH) en assurent respectivement la première et la deuxième vice-présidence.

2.2 Périmètre ou champs d'actions du secteur

3. La politique sectorielle de santé aborde des thématiques qui peuvent être regroupées en composantes verticales et en composantes horizontales. Ainsi, le secteur embrasse d'une part toutes les interventions qui concourent à promouvoir, prévenir, rétablir et réhabiliter la santé de la population, notamment : (i) la santé maternelle et infantile dont l'élimination des mutilations génitales féminines, (ii) les maladies transmissibles et non transmissibles dont les maladies tropicales négligées, (iii) l'amélioration de l'état nutritionnel par la prise en charge de la malnutrition et les interventions en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle. Ces interventions sont formulées dans des plans stratégiques spécifiques qui se basent sur des évaluations, études et recherches.
4. Le Ministère en charge de la Femme, de la Solidarité Nationale et de la Famille (MFSNF) facilite l'accès de la femme et de la jeune fille aux services de santé. Il contribue à l'amélioration de la santé maternelle et infantile à travers la promotion de l'élimination des pratiques traditionnelles néfastes notamment l'excision et le mariage d'enfants. Il mène des actions d'IEC/CCC sur la planification familiale, les maladies transmissibles à l'endroit des populations pour les amener à adopter des comportements responsables. Dans le dispositif national de prise en charge des PV/VIH, la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH/Sida est dévolue à ce ministère. En vue de faciliter l'accès des personnes vulnérables aux services de santé, des appuis financiers et un accompagnement nécessaire sont accordés aux malades indigents et aux formations sanitaires.
5. Le ministère en charge de l'agriculture veillera à l'intégration de la nutrition dans les Plan régionaux/communaux de développement à la prise en compte de la nutrition dans programmes des secteurs sensibles à la nutrition (Eau, hygiène ; Protection sociale ;) au

renforcer la législation et de dispositif règlementaire en faveur de la nutrition au renforcement de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition, au renforcement de la lutte contre la malnutrition

6. D'autre part, le secteur se base sur l'offre des services de soins, de promotion de la santé et de protection sociale. Cette offre de services doit viser la couverture sanitaire universelle (CSU) et notamment la protection contre les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement. L'offre des services et soins de santé regroupe les structures de prise en charge sanitaire y compris la médecine et la pharmacopée traditionnelles ainsi que la réadaptation et la réinsertion sociale du patient. La promotion et la protection de la santé intègre les soins de Santé communautaire et les services de Protection sociale et de prise en charge sanitaire, socioéconomique et psychosociale des personnes vulnérables, dont les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. L'offre de services est soutenue par la mise en œuvre des composantes transversales à savoir :

- (i) la gouvernance et le leadership ;
- (ii) les Infrastructures, équipements et leur maintenance ;
- (iii) les ressources humaines ;
- (iv) la gestion de l'information sanitaire ;
- (v) les produits de santé ;
- (vi) le financement.

7. La transition démographique et le développement d'un dividende démographique comprend d'une part des interventions spécifiques comme la planification familiale et l'élimination des mariages d'enfants et d'autre part le développement socio-économique dans son ensemble par le développement des infrastructures sociales, la gestion de la migration le climat d'affaires et l'éducation.
8. Les mécanismes de financement, notamment ceux liés à la mobilisation, à la mise en commun, à l'allocation des ressources et à la définition du paquet de bénéfices, permettent la mise en œuvre de ces interventions de santé et de protection sociale d'une part et d'autre part le développement des services de santé.

2.3 Importance de la politique

9. Le Burkina Faso s'est inscrit depuis 2003, à la faveur de la révision du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), dans une démarche de mise en cohérence des politiques macro-économiques avec les diverses interventions sectorielles. Cette démarche a permis de susciter un intérêt des acteurs pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sectorielles pour opérationnaliser le

CSLP en tant que référentiel national de développement. La pratique a gagné de l'engouement dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD). Cet engouement a cependant conduit à une pléthore de politiques sectorielles créant parfois des difficultés de convergence entre elles et le référentiel des interventions notamment en termes d'horizon temporel et à une confusion des terminologies et de la hiérarchisation des instruments (politiques, stratégies, plans d'actions, programmes, etc.).

10. L'adoption du Plan national de développement économique et social (PNDES) le 20 juillet 2016 consacre désormais l'opérationnalisation du document d'orientation au niveau national autour de quatorze (14) secteurs de planification. Le PNDES est donc conçu dans la logique de la gestion axée sur les résultats (GAR), avec à l'esprit que chaque cadre sectoriel de dialogue (CSD) dispose de sa Politique sectorielle conformément aux 14 secteurs de planification retenus dans le PNDES et que chaque cadre régional de dialogue (CRD) dispose de ses plans locaux de développement (PRD et PCD). Ces instruments doivent également être conçus suivant la logique GAR. Il s'agit donc d'une mise en cohérence des dynamiques sectorielles existantes et non de réécrire les documents référentiels existants (PNDS, PNS, etc.).

3. Partie I : Analyse de la situation du secteur

3.1 Contexte politique, socio-économique

11. Le contexte politique actuel est caractérisé par une forte demande sociale à l'endroit d'un nouveau pouvoir démocratique dans un pays à ressources limitées. Cette demande de la population est également perçue au niveau de la sous-région. C'est ainsi que la CEDEAO a pris la résolution d'engager l'ensemble des Etats à consacrer au secteur de la santé au moins 15% de leur budget annuel. De plus, la population dans le contexte de la démocratie, demande de plus en plus des comptes aux autorités dans la gestion des biens et services publics. Ainsi le principe de la redevabilité s'inscrit désormais dans la vie des institutions. Il y a donc une nécessité de consolider les bases de la bonne gouvernance à travers des institutions solides. Ces exigences devraient agir sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé.
12. Le Burkina Faso est un pays sub-saharien enclavé, à faible revenu (713 dollars par habitant en 2014¹) et aux ressources naturelles plutôt limitées. Son économie, ces cinq dernières années, a évolué dans un environnement international marqué par une stagnation du rythme de progression de l'activité dans les pays émergents et en développement, et un ralentissement dans les pays avancés. Au niveau de l'Union

¹ PNUD 2017

Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), les économies des Etats membres ont enregistré des performances économiques appréciables avec un taux de croissance du PIB de l'ordre de 6% en 2015 et en 2016. Spécifiquement, pour le Burkina, le taux de croissance économique est passé de 4% en 2015 à 5,9% en 2016.

13. Le Burkina Faso, évolue dans un contexte de persistance de la pauvreté dont l'incidence se situait à 40,1% en 2014, d'un fort taux d'analphabétisme des personnes de plus de 15 ans se situant à 65,5%, d'une espérance de vie de 56,7 ans, ainsi que d'une forte exploitation et consommation de ressources naturelles. L'économie est fortement dominée par l'agriculture qui occupe près de 80 % de la population active. Le coton est la culture de rente la plus importante pour le pays. Toutefois, suite à la découverte de vastes gisements miniers, les exportations aurifères ont pris de l'importance dans l'activité économique du pays.
14. Le Burkina Faso reste vulnérable aux chocs exogènes tels que les variations pluviométriques, les crises financières et pétrolières internationales et l'instabilité régionale due aux crises politiques.
15. La population², qui croît au rythme annuel moyen de 3,1%, est estimée en 2016 à 19 034 399³ et se caractérise par sa jeunesse (plus de 60% de moins de 20 ans) et des mouvements migratoires qui se traduisent notamment, par un exode rural notable ayant pour conséquence un fort accroissement des quartiers spontanés en zone périurbaine, une migration internationale ancienne et importante.
16. Somme toute, le Burkina Faso enregistrait en 2015 un Indice de développement humain (IDH) à 0,420. C'est donc un pays à faible niveau de développement, avec une forte croissance démographique qui fait pression sur la capacité de l'Etat à offrir des services sociaux de bases dont la santé, l'éducation, le logement et l'alimentation adéquate. Dans la perspective d'un développement humain inclusif et durable, les principales problématiques qui se posent sont relatives à la persistance des inégalités sociales, aux insuffisances du système productif national, à la faible qualité des ressources humaines, à l'inefficacité et à l'inefficience de la gouvernance.

3.2 Contexte culturel

17. Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques possédant chacune ses traditions et ses manifestations culturelles. Organisés en communautés, ces groupes entretiennent entre eux des relations d'échanges socioculturelles qui sont un socle de développement d'une diversité culturelle assumée. La richesse du patrimoine immatériel

² INSD : « Enquête démographique 2009 » actualisé 2016

³Annuaire statistiques MS 2016

burkinabé a conduit à l'émergence de nombreuses activités culturelles modernes. C'est pourquoi le Burkina Faso est reconnu pour son dynamisme culturel qui se manifeste effectivement par le fait qu'il abrite de grandes manifestations culturelles d'envergure internationale.

18. Certaines pratiques traditionnelles comme le lévirat, l'excision, le mariage d'enfant, ou des interdits défavorables au genre, néfastes pour la santé sont aujourd'hui en net recul. A l'opposé, un riche savoir dont les tradipraticiens de santé sont les dépositaires constitue une source de la pharmacopée africaine à valoriser.
19. Les différentes manifestations culturelles constituent des espaces d'échanges et également présentent les risques sanitaires inhérents au rassemblement de foules avec la promiscuité. Il offre néanmoins un cadre approprié pour toucher un grand nombre de personnes par sensibilisation sur des thèmes de santé. Ainsi, le cinéma mobile, notamment animé par le FESPACO, et le Cinéma Numérique Ambulant (CNA), circule dans les provinces, sensibilisent et informent les populations locales sur des thèmes liés à la santé, à l'environnement, à l'éducation, à la culture, à la lutte contre la pauvreté, etc. Les théâtres-forums sont également des moyens de sensibilisation pour la santé auxquels il est fait recours assez fréquemment.

3.3 Education

20. Il existe une corrélation positive entre le niveau d'instruction et l'état de santé de la population et plus spécifiquement entre celui des parents et la survie de l'enfant⁴. Au Burkina Faso le taux d'alphabétisation des jeunes âgés de 15 à 24 ans en 2014 est estimé à 50%⁵. Du reste, il existe de grandes disparités selon le milieu de résidence. Le français est la principale langue d'alphabétisation avec un taux de 28%. Concernant la scolarisation, elle est principalement favorable au milieu urbain. Le Taux brut de fréquentation scolaire (TBFS), tous niveaux confondus est de 73% en milieu urbain contre 38% en milieu rural. Plus le chef de ménage est instruit, plus les membres du ménage ont la chance d'être alphabétisés ou scolarisés. En 2014, le taux net de scolarisation (TNS) était de 64,4% (64,7% pour les garçons et 64,2% pour les filles).

3.4 Eau, Hygiène et Assainissement

21. En 2014, 84% des ménages burkinabés se situaient à moins de 30 minutes d'une source d'eau potable⁶. Le taux⁷ d'accès à l'eau potable est de 89,9% en milieu urbain

⁴Jean-Pierre La chaud, « Les déterminants de la survie des enfants et la pauvreté au Burkina Faso : une approche micro-économétrique », *Face à face* [En ligne], 4 | 2002, mis en ligne le 01 juillet 2002, URL : <http://faceaface.revues.org/494>

⁵EMC 2015

⁶EMC 2015

⁷PNUD 2015

contre 65% en milieu rural. En ce qui concerne l'hygiène et l'assainissement, la couverture actuelle est estimée à seulement 20% de la population vivant dans des ménages disposant de toilettes appropriées. De graves disparités existent entre le milieu urbain (50%) et le milieu rural (7%). Cette situation est comptable de la contamination féco-orale qui est source de plusieurs pathologies dont : la fièvre typhoïde, les diarrhées virales et bactériennes, l'amibiase, l'hépatite A, l'ascaridiose, les gastro-entérites. Les dotations budgétaires du ministère en charge de l'eau et de l'assainissement, ont baissé entre 2013 et 2016 respectivement de 7.6% et 4.7%. L'assainissement représente le plus grand défi, pourtant dans les allocations intra-ministérielles, moins de 20% des ressources lui sont consacrées.

22. La gestion des déchets solides est peu organisée. Produits essentiellement par les ménages, l'administration et le commerce, ces déchets font l'objet d'une préoccupation aussi bien en milieu urbain que rural. En milieu urbain, hormis Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, les autres villes ne disposent pas de décharges contrôlées pour l'élimination écologiquement rationnelle des déchets solides municipaux. Le taux de collecte en milieu urbain reste encore faible (moins de 50%). Les déchets plastiques, notamment les emballages de faible épaisseur sont responsables de la destruction du cheptel, (environ 30% de la mortalité du cheptel sont liés à l'ingestion du plastique), la dégradation du paysage, l'appauvrissement des sols, la détérioration de la qualité de l'air, la diminution de la recharge de la nappe phréatique, l'insuffisance de gestion et de contrôle des animaux et oiseaux, etc.

3.5 Cadre organisationnel, institutionnel et réglementaire

23. Le secteur de planification santé organise, met en œuvre et capitalise les actions de tous les acteurs du domaine de la santé. Cependant le secteur ainsi défini ne prend pas en compte la liaison santé animale, santé humaine et environnement matérialisée dans l'approche « One-Health ». De plus, la question de la sécurité alimentaire dépasse le volet production végétale pris en compte dans le département de l'agriculture et doit nécessairement intégrer l'apport alimentaire d'origine animale et halieutique. En matière de promotion de la santé dans un contexte de progression des maladies non-transmissibles et des accidents de la circulation, l'implication du département chargé du sport avec la promotion de l'exercice physique régulier et adapté et du Ministère des transports pour la prévention des accidents est encore insuffisante.
24. Le leadership du Ministère de la santé est resté suffisamment solide pour maintenir la qualité du dialogue sectoriel à un niveau élevé. En effet, le décret n°2017-00148/PRES/PM/SGG_CM du 23 mars 2017 portant attribution des membres du gouvernement du Burkina Faso consacre l'organisation des ministères composant ce

secteur. Chaque ministère en son sein a son organisation régie par des textes réglementaires. Malgré l'existence d'un cadre de dialogue sectoriel, la circulation de l'information entre ces entités ministérielles n'est pas encadrée par un texte approprié. En outre, des insuffisances de fonctionnement ou de suivi, entravent la synergie d'action et l'efficacité des cadres de collaboration entre les départements intervenant dans la santé.

25. Selon l'article 18 de la Constitution, la santé est un droit fondamental au Burkina Faso. Pour y faire droit, le pays dispose d'un arsenal juridique et réglementaire pour faire fonctionner le secteur de planification santé. On citera notamment le code de santé publique, la loi sur la protection et promotion des personnes âgées, la loi sur l'élimination des mutilations génitales féminines, la loi sur l'Assurance Maladie Universelle "AMU", la loi cadre régissant les finances publiques et la loi relative à la prévention et de gestion des risques, des crises humanitaires et des catastrophes. Les textes juridiques ont été élaborés, il y a de cela quelques années, dans un contexte différent de nos jours. Il s'avère nécessaire de les faire évoluer pour prendre en compte les insuffisances suivantes :

- (i) Les chevauchements des attributions ou prérogatives, notamment en matière de contrôle des produits et des aliments ;
- (ii) Le manque de séparation des rôles et fonctions des différents acteurs et intervenants du système de santé.

26. Au regard de cet arsenal juridique chaque citoyen quel que soit sa condition d'existence devrait disposer du droit à la santé. L'Etat doit mettre l'ensemble des mesures en œuvre afin que ces droits soient respectés. Par exemple chaque enfant doit bénéficier de vaccin, chaque femme doit pouvoir contrôler sa santé reproductive comme elle le souhaite, chaque malade du SIDA doit accéder gratuitement aux soins, chaque malade de la tuberculose doit bénéficier de soins gratuits, etc.

3.6 Acteurs et rôles

27. Les acteurs gouvernementaux constitués par les ministères impliqués ont en charge la définition et la mise en œuvre des politiques, projets et programmes. Ils sont responsables de la bonne coordination du secteur. Le ministère de la santé a en charge les interventions majeures de santé à savoir les prestations de soins, la promotion et la protection de la santé. Le ministère de l'agriculture intervient principalement dans le domaine de la nutrition à travers le volet sécurité alimentaire. Quant au ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille, les questions de mutilations génitales, de lutte contre le mariage d'enfants, d'accès des personnes vulnérables aux services de santé, de prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, des actions d'IEC/CCC constituent

leurs principales missions dans le secteur.

28. En plus des acteurs gouvernementaux, les collectivités territoriales ont en charge la mise en œuvre des services sociaux de base dont la santé. Ces collectivités du fait de leurs faibles capacités dans le secteur spécifique ont encore du mal à assumer pleinement leurs rôles.
29. Le secteur privé des soins participe pleinement à la couverture sanitaire du pays. Cependant l'intégration de leurs données dans le système d'information sanitaire ainsi que leur participation aux objectifs de santé publique restent insuffisantes.
30. Les partenaires sociaux notamment, les syndicats, les ordres professionnels ainsi que la société civile accompagnent le secteur à travers les fonctions suivantes : la communication pour le changement de comportement, la veille citoyenne et communautaire et la régulation des pratiques professionnelles.
31. Les partenaires techniques et financiers accompagnent le Burkina Faso autant dans la conception et la mise en œuvre des documents stratégiques que dans leurs financements.

3.7 Evaluation des ressources et des mesures de gouvernance

3.7.1 Ressources humaines

32. L'effort de recrutement pour le Ministère de la santé a fait passer l'effectif total de 19 000 à 26 127 agents entre 2010 et 2015⁸. Les dépenses liées aux ressources humaines en santé ont augmenté de 51%. Le pourcentage de formations sanitaires (CSPS) remplissant les normes minimales en personnel est passé de 83,1% en 2010 (année de base) à 94,8% en 2015 (cible 90%). Les ratios personnels/population sont passés de 1/22 063 à 1/15 518 pour les médecins (cible 1/18 000), de 1/5 151 à 1/4 243 pour les IDE (cible 1/5 000) et de 1/14 883 à 1/7 743 pour les sages-femmes et maïeuticiens d'Etat (cible 1/10 000). Cependant, ces ratios calculés sur base de normes datant de 1999 risquent de s'effondrer avec l'application de normes actualisées en cours de validation. D'autre part, l'utilisation de la densité de l'offre de main-d'œuvre proposée par l'OMS, semble être un meilleur outil pour mesurer l'efficacité du personnel.
33. On note également une inégale répartition du personnel entre les régions et à l'intérieur des régions les plus défavorisées dont le Sahel, l'Est et le Centre-Nord. En outre il n'existe pas de dispositif prévu, ne serait-ce que l'ajout d'un stagiaire par formation sanitaire, pour aider les formations sanitaires à prendre en charge le flux de

⁸DRH 2016

patients important durant la période de tension du système sanitaire qui s'étend de juillet à septembre. En outre, le turn-over élevé des agents de santé requière un renouvellement continu en termes de renforcement de capacités. De nouvelles approches de renforcement des capacités à bas coût devraient être proposées, à l'instar du mentorat clinique (approche de renforcement entre pairs in situ) ou encore du *e-learning*. Pour les autres départements du secteur de planification santé, leur système d'information ne permet pas de dégager une ressource humaine spécifique pour la protection sociale et la sécurité alimentaire.

3.7.2 Ressources matérielles

34. Le nombre d'infrastructures sanitaires publiques (CSPS) est passé de 1897 en 2011 à 2060 en 2015 entraînant une amélioration du rayon moyen d'action théorique qui est passé de 7,3 km en 2010 à 6,8 km en 2015 pour une cible de 6 km. Toutefois, il persiste encore des disparités. En 2015, l'étendue de l'écart entre la région la plus favorisée et la moins favorisée était de 9 km et atteignait 13,2 km pour les districts.

35. Selon le répertoire national, en 2012, il y avait 357 établissements sanitaires privés de soins au Burkina Faso. Ces établissements se répartissent entre :

- (i) Cabinet de soins infirmiers 187 soit 52,38% ;
- (ii) Centre médical 40 (11%) ; CSPS 35 (9,80%) ;
- (iii) Clinique 32 (8,96%) etc.

73,67% de ces établissements sanitaires sont des formations sanitaires privées lucratives, le reste se répartissant entre les formations sanitaires confessionnelles et associatives. Ces établissements sanitaires privés sont majoritairement situés dans la région du Centre (58,54%) et les Hauts Bassins (19,61%).

36. Sur la base du Plan spécial d'équipement des EPS 2013-2016, un ensemble d'équipements médico-technique sa été acquis au profit des structures de soins (CHU, CHR). Ces équipements ont permis de relever sensiblement le niveau du plateau technique des hôpitaux. Cependant la maintenance de ces équipements reste le défi majeur. Néanmoins, les indicateurs comme le taux de mortalité intra hospitalière (CHU, CHR, HD) et le taux d'occupation des lits (CHU, CHR, HD) n'ont pas connu l'amélioration escomptée après le relèvement de niveau du plateau technique. La mise en place de la SOGEMAB devrait permettre de régler la question des acquisitions et de la maintenance des équipements biomédicaux caractérisés par une très grande diversité de marques et de provenances.

3.7.3 Produits médicaux

37. L'importation des médicaments est assurée par la Centrale d'achat de médicaments

essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG), des grossistes privés, les PTF dont l'UNICEF en ce qui concerne l'approvisionnement en vaccins et les ATPE. La distribution est assurée par les officines pharmaceutiques privées, les dépôts répartiteurs de districts, les dépôts MEG dans les structures publiques et les dépôts privés de médicaments. Participent également à cette chaîne d'approvisionnement quelques producteurs locaux de phyto médicaments et des tradipraticiens de santé. Au niveau communautaire la disponibilité des médicaments est assurée par les agents de santé à base communautaire (ASBC). Cela permet de garantir la disponibilité du médicament jusqu'au dernier kilomètre.

38. Le contrôle qualité des produits de santé est assuré par le Laboratoire nationale de santé publique (LNSP) et certains laboratoires étrangers ayant la pré-qualification OMS. La régulation de tout ce secteur est assurée par la Direction générale de la pharmacie du médicament et des laboratoires (DGPML). Cette régulation concerne entre autres l'homologation, l'octroi de licences pharmaceutiques, l'autorisation d'importation, la coordination des approvisionnements, l'inspection pharmaceutique, le contrôle qualité pré et post marketing des produits de santé, la vigilance des effets indésirables des produits, etc.
39. Cependant malgré tout ce dispositif, un certain nombre de difficultés persistent à tous les niveaux. En effet, on note l'existence de marché illicite et des contrefaçons de médicaments ; des insuffisances dans le contrôle qualité et l'usage des médicaments ; des ruptures récurrentes de stock en MEG principalement ces deux dernières années. Ainsi, le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de médicaments traceurs est passée de 89,54% en 2015 à 28% en 2016⁹. L'objectif visé est d'atteindre au moins 85%. La contribution de l'Etat pour l'achat des produits contraceptifs, des produits de lutte contre le paludisme et le VIH/SIDA et de la nutrition reste insuffisante. Les retards de paiement des créances par les structures de santé exposent la CAMEG à des problèmes importants de trésorerie. De même, la CAMEG a traversé une crise institutionnelle aigüe dont la résolution définitive sera salutaire pour le secteur. L'approvisionnement des structures de santé en réactifs d'examen biologiques passe également par la CAMEG et les grossistes privés. La diversité des marques des appareils d'analyse biologique a amené à mettre en place un processus d'homologation des réactifs.
40. La collecte et la distribution des produits sanguins labiles ont été renforcées par la construction d'infrastructures qui ont développé le réseau du centre national de transfusion sanguine (CNTS). Cependant, le taux de satisfaction des besoins nationaux en produits sanguins reste insuffisant pour couvrir les besoins. En 2016,

⁹ Annuaires statistiques 2015 et 2016

75 609¹⁰ poches de sang ont été collectées pour un besoin estimé à 150 000 poches.

41. Spécifiquement pour les intrants de la SR on note, la faible utilisation du logiciel Channel, l'insuffisance de la gestion des stocks, la non prise en compte des consommables des méthodes de longues durées dans l'expression des besoins et l'insuffisance de financements des produits contraceptifs par le budget de l'Etat (500 000 000 FCFA par an jusqu'en 2016). Ces insuffisances occasionnent de fréquentes ruptures de stocks.

3.7.4 Ressources financières

42. Le secteur de la santé au Burkina Faso se trouve confronté à un problème de disponibilité des ressources financières. Malgré cette conjoncture difficile, le pays a réussi à maintenir un niveau de financement acceptable (environ 12% du budget de l'Etat) du secteur de la santé au cours de la période 2011-2015.
43. Les dépenses totales de santé ont connu une croissance de 25% entre 2011 et 2014. Six mécanismes sont entrés en jeu pour le financement du PNDS : le budget de l'Etat, l'appui budgétaire sectoriel, le fonds ou panier commun, les projets et programmes, le financement basé sur les résultats et le paiement direct par les ménages. En matière de sécurité alimentaire, le programme « prévention et gestion des crises alimentaires et nutritionnelles participe au financement du secteur à hauteur. Le budget de ce programme était de l'ordre de 14 milliards en 2016. Au niveau du ministère de la femme, le budget consacré à la promotion de l'élimination de la pratique de l'excision ainsi les ressources affectées à la prise en charge des malades indigents représentaient 533 millions en 2016.
44. Le budget de l'Etat montre de grands écarts entre les dotations et les paiements effectifs pouvant atteindre 40% avec des taux moyens de consommation faibles à l'exception du titre 2 (dépense de personnel). Ces faibles taux d'exécution s'expliquent par :
- (i) la mise à disposition tardive des allocations budgétaires ;
 - (ii) la faible capacité de certains acteurs à exécuter les procédures de gestion notamment les collectivités territoriales.
45. Le panier commun constitue un mode efficace de financement du secteur, mais de 2011-2015, le nombre de PTF contributeurs au fonds commun a diminué de moitié et le pourcentage des fonds non ciblés appelés « panier commun » est passé de 94% à 28%. Ce changement a fait perdre au panier commun une de ses finalités fondamentales, celle de combler en partie les iniquités. Ce mécanisme de financement est pourtant une

¹⁰Revue sectorielle santé 2016

recommandation des signataires du COMPACT.

46. Parmi les Projets et programmes inscrits au Programme d'Investissement Prioritaire (PIP), on distingue deux types selon les sources de financement : les projets nationaux et les projets à financement extérieur. Le coût total de mise en œuvre des Projets et programmes, évalué à 561 023 948 462FCFA, est financé à hauteur de 57% par l'état et 43% de fonds extérieurs. Le taux d'allocation était faible entre 56% pour les projets nationaux et 62% pour les projets avec financement extérieur. Les difficultés d'exécution des projets sont liées entre autres à la lourdeur des procédures de passation de marchés publics, le retard dans les décaissements et à la défaillance de certains fournisseurs.
47. Selon les comptes nationaux de santé 2015¹¹, la dépense de santé par habitant est de 21 141 (38\$ US). Cet indicateur reste en deçà de la norme de l'OMS¹² pour la couverture sanitaire universelle qui est de 86 \$US. La répartition des dépenses de santé par orientation stratégique du PNDS montre que la plus grande partie des dépenses est consacrée à l'orientation stratégique 4 relative à la promotion de la santé et la lutte contre la maladie. Ces dépenses représentent 53,8% des dépenses courantes de santé en 2015. Elle est suivie de l'orientation stratégique 2 relative au développement des ressources humaines pour la santé avec 19,9%.
48. Le financement de la santé par les ménages est de 36,3% des dépenses courantes de santé. Ce fardeau reste élevé et a pour conséquence un risque important d'appauvrissement des individus et des ménages. Cette situation s'explique par la faiblesse des mécanismes de partage du risque maladie. La mise en place de l'Assurance Maladie Universelle n'est pas encore effective. L'Etat a développé un ensemble de mécanismes d'exemption pour notamment les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes la prise en charge de certaines pathologies comme le VIH/SIDA, la tuberculose et la malnutrition.
49. Le Financement basé sur les résultats (FBR), est mis en œuvre aujourd'hui dans six régions et 4 hôpitaux régionaux, 19 districts sanitaires et le montant total du financement s'élève à 4 504 795 583FCFA par an. Le FBR est une approche avec beaucoup de potentialités mais qui s'intègre insuffisamment dans le cadre réglementaire et les mécanismes de subvention du pays. Par ailleurs, le passage du cap entre la planification des activités et la planification axée sur les résultats semble être l'obstacle principal.

¹¹ Comptes nationaux de santé 2015

¹² OMS 2015

3.7.5 Autres ressources (informationnelles, technologiques...)

50. Le système d'information sanitaire du Burkina Faso a connu ces dernières années, un certain nombre d'innovations et de renforcements de performances qui lui permettent d'assurer, dans les meilleurs délais, la disponibilité et l'utilisation d'une information sanitaire de qualité dans le processus de prise de décision. Cet outil a permis de produire, dans des délais sensiblement réduits, le suivi régulier de l'évolution des indicateurs du PNDS, les annuaires statistiques nationaux, régionaux et des hôpitaux, les tableaux de bord de la santé, les bulletins trimestriels d'information et d'épidémiologie, les comptes nationaux de 2011 à 2014. Cependant il faut noter que l'EMP nous renseigne que sur les 46 indicateurs de suivi-évaluation du PNDS, 31 indicateurs (67%) sont complètement renseignés et quinze (15) indicateurs (33%), sont partiellement ou pas du tout renseignés. Cela traduit un problème de complétude des données.
51. Il a été instauré depuis 2012 la surveillance des décès maternels, néonataux (intégrée au TLOH) et des produits de santé de la reproduction. Cependant, les bases de données de plusieurs programmes dont le LogRH et d'autres données sanitaires restent gérées de manière fragmentaire et éparpillée. En outre l'absence ou le faible débit de la connexion internet dans quelques structures ne favorisent pas une utilisation optimale de l'Entrepôt de données sanitaires (ENDOS). Aussi on note une forte mobilité du personnel au niveau périphérique et intermédiaire qui ne permet pas de maintenir les acquis et risque de compromettre le devenir d'ENDOS. La carte sanitaire est périodiquement révisée (2005, 2010, 2015) en vue d'actualiser les données de couverture sanitaire et de faire des projections.

3.7.6 Mesures sectorielles et intersectorielles de gouvernance

52. En dépit des changements d'équipes (turn-over), le leadership du Ministère de la santé est resté suffisamment solide pour maintenir la qualité du dialogue sectoriel à un niveau élevé. Le Ministère de la santé a élaboré des documents normatifs et des documents stratégiques pour la mise en œuvre des différents programmes de santé. Les principaux documents de référence sont :
- (i) La politique nationale de santé ;
 - (ii) le plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020) ;
 - (iii) les plans stratégiques des différents programmes. Le système de planification se fonde sur la gestion axée sur les résultats.
53. Les réformes et renforcements institutionnels pour améliorer la performance du système de santé ont été poursuivis. La décentralisation ou communalisation intégrale est unanimement saluée comme une bonne décision dans laquelle le transfert des

compétences et des ressources devait permettre un fonctionnement optimal des formations sanitaires transférées. Cependant, la mise en œuvre s'est heurtée à des difficultés relatives à l'insuffisance des ressources financières transférées et à l'insuffisance de la capacité gestionnaire des communes. Il s'en suit des problèmes de maîtrise des procédures de passation des marchés et d'approvisionnement occasionnant des retards considérables dans la mise en œuvre des projets et programmes.

54. Plusieurs réformes ont été opérées dans le secteur de la santé : (i) l'élaboration et adoption du document de profil des ASBC qui définit la place et le rôle des acteurs communautaires dans le système de santé ; (ii) Le renforcement de la couverture sanitaire à travers la création de nouveaux districts et la transformation progressive des CSPS des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux ; (iii) La réforme hospitalière qui s'est poursuivie avec l'instauration de la prise en charge des urgences sans prépaiement mais le taux d'autofinancement des hôpitaux est faible et la pharmacie hospitalière n'est pas mise en place ; (iv) La réforme pharmaceutique qui a permis d'améliorer l'accès de la population aux médicaments, toutefois, on note toujours une persistance de la vente illicite des médicaments liée à l'analphabétisme et à l'ignorance de la population.
55. La réforme du sous-secteur de la « médecine traditionnelle » et de la pharmacopée nationale mise en œuvre par l'adoption de la stratégie nationale et des textes règlementant l'exercice de la profession.
56. La création de l'Agence nationale de la sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail ainsi que l'institut national de santé publique et l'institut national d'excellence en soins de santé permettra de faire une séparation des missions.
57. Par ailleurs, la régulation du secteur de la santé a été améliorée grâce au renforcement des structures de contrôle à tous les niveaux du système de santé et à la collaboration avec les ordres professionnels qui veillent au respect de l'éthique et de la déontologie. L'adoption de textes a permis de règlementer l'exercice privé des professions de santé ; mieux, il existe un cadre formel de concertation entre ce sous-secteur et le Ministère de la santé. Toutefois, ce cadre n'est pas encore fonctionnel.
58. En ce qui concerne la collaboration intra-sectorielle et intersectorielle, il est à noter que la plupart des cadres de concertation sont régulièrement tenus (CASEM, CSD, CTRS, Revues sectorielles, dialogue social...) ; cependant, certains cadres tels que, les comités de gestion des épidémies, les comités régionaux de suivi du PNDS, le Conseil de discipline etc. présentent des dysfonctionnements. Il n'existe pas d'organes de certification de la qualité des soins.

3.8 Bilan des politiques et stratégies antérieures

59. Le secteur de planification santé a en charge, dans le cadre de la mise en œuvre du PNDES, la réalisation de l'objectif stratégique 2.1 : « promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique ». Le Ministère de la Santé (MS), le Ministère de la femme, de la Solidarité Nationale et de la Famille (MFSNF) ainsi que le Ministère de l'Agriculture et des Aménagements Hydrauliques (MAAH), chacun en ce qui le concerne, planifie la réalisation de cet objectif stratégique dans ses référentiels et instruments de programmation.
60. Au titre de l'objectif stratégique 2.1 du PNDES, trois effets sont attendus (EA). Il s'agit de :
- (i) EA 2.1.1 : l'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous ;
 - (ii) EA 2.1.2 : l'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré ;
 - (iii) EA 2.1.3 : le processus d'accélération de la transition démographique pour déclencher le dividende démographique est réellement mis en mouvement. Les différentes politiques mises en œuvre par les 3 départements ministériels sont évaluées en lien avec ces 3 effets.
61. En ce qui concerne l'impact de ces politiques, on note que de 2011, année d'adoption de la politique nationale de santé à 2015 (année de l'enquête EMD), les principaux indicateurs d'impact du Burkina Faso ont évolué comme suit¹³ : (i) le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 129% à 81,6% soit une progression de 73,5% ; (ii) le taux de mortalité néo-natale est passé de 28% à 23,2% soit une progression de 34,3% ; (iii) le taux de mortalité maternelle est passée de 341 à 330 pour 100 000 naissances vivantes soit une progression de 6,7%. Cette valeur n'a atteint ni la valeur cible de 2015 du PNDS 2011-2020 (176,7) ni celle des OMD (141,5) ou celle de la SCADD (176,7) ; (iv) l'indice synthétique de fécondité est passé de 6 à 5,4 enfants par femme ; (v) le taux brut de mortalité est passé de 14,8% en 1996 à 11,8% en 2006¹⁴.
62. Pour les indicateurs de santé des enfants en 2015, le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est de 81,6% ; la mortalité néo-natale est de 23,2% tandis que la mortalité infantile est de 42,7% et de 40,7% pour la mortalité juvénile. Ces résultats n'ont pas permis d'atteindre les cibles en 2015 du PNDS 2011-2020, des OMD ou de la SCADD. Cependant, le taux de réalisation se situe entre 60 et 84% et l'indice de progression est supérieur à 70% pour la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, la

¹³ EMP PNDS Données EMP 2015 – 2020 et EMD 2015

¹⁴ Annuaire statistique 2015 INSD

mortalité infantile et la mortalité juvénile. Tandis que celui de la mortalité néo-natale ne dépasse pas 34,3%.

63. En ce qui concerne les indicateurs d'impact de l'état nutritionnel, les résultats de l'enquête SMART 2016, montrent que chez les enfants de moins de 5 ans, la prévalence de la malnutrition aiguë est estimée à 7,6%, le retard de croissance à 27,3% et l'insuffisance pondérale à 19,2%. Ces prévalences nationales masquent de grandes disparités entre les régions notamment les retards de croissance dont les prévalences varient entre 14,5% (Centre) et 34,6% (Est). La malnutrition demeure donc un problème de santé publique au Burkina Faso. En effet, selon les résultats de l'EDS 2010 et de l'enquête nutritionnelle nationale 2016, chez les enfants âgés de moins de 5 ans, la prévalence de la malnutrition aiguë est passée de 15,5% à 7,6%, le retard de croissance de 34,6% à 27,3% et l'insuffisance pondérale de 25,7% à 19,2%.

3.8.1 L'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous

64. L'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous. Ceci comprend :(i) l'accès aux soins adéquats de santé de la reproduction et de la lutte contre les mutilations génitales féminines ; (ii) l'accès aux soins adéquats pour les maladies transmissibles et non transmissibles ; (iii) l'accès aux soins des personnes vulnérables ; (iv) l'accès physique, socioculturel et financier de la population générale aux trois échelons de soins de la pyramide sanitaire.

65. Dans le domaine de la santé de la reproduction on note que le taux de CPN4 est passé de 22,3% à 34,14% avec un indice de progression de 66,9%. Sans atteindre la cible, l'indicateur « pourcentage des accouchements assistés » a connu une bonne progression (passant de 76% à 83,4%) avec un taux de réalisation et un indice de progression supérieurs à 80%. Le taux de césariennes parmi les naissances attendues a connu une évolution positive en passant de 1,6% en 2010 à 2,4% en 2015, mais sans atteindre la cible fixée à 5%. L'indicateur concernant le taux de prévalence contraceptive a une performance moyenne avec un indice de progression à 24,3%. La couverture en soins prénatals est insuffisante au regard des ambitions visant une couverture total. Mais pour cet indicateur, on note une fluctuation du niveau de l'indicateur qui oscille entre 88% en 2010 et 82% en 2015.

66. 67,6% des femmes¹⁵ ont subi une forme de mutilation génitale féminine. La pratique recule avec le niveau d'instruction, les pourcentages baissent de 74,4% pour les femmes sans instruction à 43,9% pour les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures. La pratique semble plus courante en milieu rural, dans la région des

¹⁵EMC-MDS 2015

Cascades et chez les Senoufo. La répartition par quintile de bien-être économique du ménage donne une proportion de femmes excisées plus élevée dans les ménages riches(73,6%) que dans les ménages moyens et pauvres (68,5% et 67,5%).La répartition par groupes d'âges montre que la proportion de femmes excisées augmente avec l'âge, passant de 42,4% pour la tranche 15-19 ans à 87,4% pour la tranche d'âge 44-49 ans. Il y a certainement un effet positif du programme de lutte contre les MGF qui se fait sentir.

67. Le nombre de nouveaux contacts ¹⁶par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans est passé de 1,42 en 2010 à 2,5 en 2016. Cependant, la prise en charge des principales maladies tueuses de l'enfant (diarrhée, pneumonie et paludisme) reste relativement faible. 39% des enfants souffrant de fièvre et 47% des enfants souffrant d'infections respiratoires aiguës n'ont pas pu bénéficier de soins et conseils auprès d'un prestataire de santé pour leur traitement¹⁷.21% d'enfants souffrant de diarrhée ne reçoivent aucun traitement et 12.3% des enfants sont pris en charge par la médecine traditionnelle¹⁸.

68. La proportion d'enfants¹⁹ de 12-23 mois complètement vaccinés selon le PEV présente de forte variation selon le milieu de résidence. En effet, la couverture vaccinale reste plus faible en milieu rural (83%) par rapport au milieu urbain (89%). En outre, les écarts par région sont très importants : ce sont les régions du Sud-Ouest (96%), du Centre-Est (95%) et du Plateau Central (95%) qui enregistrent la meilleure couverture vaccinale. A l'opposé, c'est dans la région du Sahel que cette proportion est la plus faible (57%). La proportion des enfants complètement vaccinés varie selon l'âge de la mère passant ainsi de 71% parmi les femmes de 45-49 ans à 90% parmi celles de 20-24 ans. Le niveau de la couverture vaccinale des enfants augmente avec le statut socioéconomique des ménages, passant de 78% chez les enfants dont le ménage est classé dans le quintile « très pauvres » à 88% parmi ceux dont le ménage est très riche. On observe que la couverture vaccinale augmente également avec le niveau d'instruction de la mère : 82% des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction sont complètement vaccinés contre 91% de ceux dont la mère a un niveau primaire et 93% parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire et plus.

69. La CPN²⁰ est la principale porte d'entrée pour la PTME/VIH. En termes d'utilisation des services, il faut noter qu'en 2015, 82,3% des femmes enceintes ont été vues au moins une fois en consultation prénatale dont 31% d'entre elles au premier trimestre. Les

¹⁶ Annuaire statistique 2016

¹⁷EIPBF, 2014

¹⁸EMC-MDS, 2015

¹⁹ EMC-MDS 2015

²⁰Plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 2017 - 2020

principaux résultats obtenus depuis 2010 sont : (i) 98% des services offrent la PTME en 2016 contre 92% en 2010 ; (ii) 84,90% des femmes enceintes vues en CPN ont été dépistées contre 56% en 2010 ; (iii) le taux de transmission résiduelle du VIH (TME) de la mère à l'enfant est de 8,20% en 2016 contre 7,80% en 2010 ; (iv) A l'exception des années 2013 et 2015, plus de 90% des femmes enceintes dépistées positives reçoivent des ARV pour réduire le risque de transmission mère – enfant.

70. Les maladies endémo-épidémiques comme le paludisme, le VIH-SIDA et la tuberculose bénéficient d'un regard particulier dans le cadre de programme spécifique de lutte. Les personnes atteintes par ces pathologies bénéficient d'une prise en charge. C'est ainsi que le taux²¹ de couverture en ARV est passé de 44,45% en 2013 à 44,82% en 2014 pour l'ensemble des PvVIH. La proportion des personnes séropositives justifiables du traitement ARV et qui sont sous ARV est passée de 87,14% en 2013 à 98% en 2015 (cible de 92,5%). Le taux²² de notification des cas de tuberculose (tout cas y compris rechute) est passé de 31,1 en 2012 à 29,8 pour 100 000 en 2016.

71. Les maladies tropicales négligées (MTN) sont des maladies transmissibles qui sévissent dans les pays pauvres. Au Burkina Faso, elles représentent 2,73% des consultations au niveau des formations sanitaires de base, et 1,79%²³ des hospitalisations dans les CMA et Centres hospitaliers. La létalité est estimée à 1,87%. Les actions majeures découlent des plans stratégiques élaborés à cet effet et s'articulent autour des traitements de masse (TDM) des populations dans les zones concernées. L'évolution des résultats de la mise en œuvre des TDM de certaines MTN se présentent comme suit de 2012 à 2015 : filariose lymphatique 81,26% - 80,34% ; schistosomiase 101,88% - 95,80% ; trachome 101,60% - 94,33%. Pour l'onchocercose, la couverture thérapeutique (TIDC) a évolué entre 2012 à 2014 de 80,74% à 79,69% pour la région des Cascades et de 84,84% à 82,58% pour la région du Sud-Ouest.

72. Tout comme les autres pays en développement, le Burkina Faso est en transition épidémiologique avec une importance de plus en plus accrue des maladies non transmissibles dans la morbidité et la mortalité au Burkina Faso. L'enquête STEPS²⁴ a dressé un profil sur les facteurs de risques des maladies non transmissibles (MNT). Elle donne ainsi les prévalences respectives sur la consommation de tabac (19,8%), la consommation d'alcool (27,3%), la consommation insuffisante de fruits et légumes (95%), le niveau d'activité physique moyen (15,1%), les prévalences de l'obésité (4,5%) et du surpoids (13,4%), les prévalences de l'HTA (17,6%), du diabète (4,9%) et

²¹EMP PNDS 2011-2020

²² Annuaire statistique 2016

²³ MS, annuaire statistique 2015

²⁴EMC 2014 profil de pauvreté

de l'hypercholestérolémie totale (3,5%). L'estimation des facteurs de risques combinés (de 3 à 5 facteurs de risques) dans la population générale est de 12,9%.

73. La probabilité de consultation²⁵ des services/personnels de santé moderne en cas de problème de santé varie selon le niveau de vie des individus. Les individus les moins pauvres consultent plus les services modernes de santé comparés aux plus pauvres. En effet, les deux tiers des individus du 5ème quintile (65,6%) consultent un service/personnel de santé moderne en cas de besoin. Par contre, moins de la moitié des personnes du 1er quintile (43,7%) le fait. Au niveau national, la proportion des individus qui consultent un service de santé moderne en cas de problème de santé est de 57,0%. La majorité des individus les plus pauvres (1er quintile) ne consulte pas un service ou personnel de santé.
74. La principale raison avancée de non utilisation de service médical est l'automédication quel que soit le statut de pauvreté (70,3% chez les non pauvres et 68,3% chez les pauvres)²⁶. La seconde raison évoquée est la non nécessité de recourir à un service de santé.

3.8.2 L'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré

75. L'état nutritionnel de la population dépend de :
- (i) l'apport calorique de la population soit sa sécurité alimentaire ;
 - (ii) l'accès aux micronutriments ;
 - (iii) les pratiques d'allaitement, d'alimentation et d'hygiène ;
 - (iv) l'accès à l'eau potable ;
 - (v) l'efficacité de la prise en charge de la malnutrition et des maladies de l'enfant.
76. L'analyse du bilan céréalier montre que la production céréalière a augmenté de 14,8% entre 2005 et 2015 en passant de 3649 533 tonnes pour la campagne 2005/2006 à 4 189 665 tonnes en 2015/2016²⁷. Toutefois, cette évolution s'est faite en dents de scie se traduisant par un taux d'accroissement moyen annuel de 1,39%. L'analyse de la production céréalière sur la période montre que le sorgho est la principale spéculation céréalière, suivie du maïs, du mil, du riz et enfin du fonio. Néanmoins, la production de spéculations comme le maïs et le riz ont connu de fortes augmentations. En effet, la production de maïs est passée de 866 663 tonnes en 2006 à 1 469 612 tonnes en 2015 et celle de riz de 113 724 tonnes à 325 138 tonnes avec des taux d'accroissement annuel moyen respectifs de 6,28% et 13,27%. Cependant, cet accroissement de la production reste insuffisant pour satisfaire les besoins de

²⁵EMC 2014 profil de pauvreté

²⁶EMC 2014 profil de pauvreté

²⁷ Résultats définitifs des campagnes agricoles et de la situation alimentaire et nutritionnelle de 2005 à 2016

consommation de plus en plus croissants d'une population qui est passée de 14 017 262 habitants en 2006 à 19,63 millions d'habitants en 2017²⁸. En effet, durant la période 2006–2015, le taux moyen de couverture des besoins céréaliers est de 111% (en dessous du seuil excédentaire de 120%). Il passe de 96% en 2007 à 124% en 2012 pour s'établir à 99% en 2015. Ce taux évolue donc en dents de scie sur la période, ce qui dénote le caractère instable de la production agricole surtout céréalière qui est fortement tributaire des aléas climatiques.

77. Le régime alimentaire burkinabé est essentiellement composé de céréales qui participent pour 67 à 70% à l'apport calorique total, de fruits et légumes, pour 1%, les racines et tubercules pour 1-2%, les oléagineux et autres légumineuses pour le reste. La consommation des produits animaux d'élevage est estimée en moyenne/habitant/an approximativement à 9 kg de viande, 20 kg de lait et 8,4 œufs. La consommation normale des produits animaux contribue au bien être de l'organisme par apport de l'énergie, de protéine et surtout de micronutriments indispensables à son bon fonctionnement.
78. La sous-nutrition (retard de croissance, émaciation et carences en micronutriments) constitue une priorité nationale de santé publique et un défi en matière de développement. En effet selon le rapport du *global burden of disease* de 2015, la malnutrition infantile et maternelle représente largement le premier facteur de morbidité et de mortalité au Burkina Faso²⁹. La prévalence du retard de croissance reste encore très élevée, bien qu'ayant remarquablement régressé de 32% en 2009 à 27,3% en 2016. Malgré cette évolution au plan national, ces prévalences cachent des disparités au niveau régional. En effet, les régions, de l'Est, du Sahel, des Cascades et du Centre ont des prévalences qui sont comprises entre 30 et 40% (OMS). L'émaciation qui se caractérise par la malnutrition aigüe globale a une prévalence qui est passée de 11,3% à 7,6% de 2009 en 2016. Sur la même période, la prévalence de la forme sévère est passée de 3,1% en 2009 à 1,4% en 2016.
79. A ces différentes formes de malnutrition, s'ajoutent les carences en micronutriments. La carence en vitamine A, a une prévalence relative de 129 pour 1000 et une prévalence ajustée³⁰ de la carence clinique traduite par la cécité nocturne estimée à 7%, donc bien supérieure à la norme de l'OMS (< 5%). Pour ce qui est de la carence en fer, l'anémie toutes formes confondue touche³¹ 72,5% des femmes enceintes, 83,4% des enfants de 6-59 mois et 67,7% des enfants d'âge scolaire. En ce qui concerne la carence en iode, en l'absence d'étude de prévalence sur le goitre.

²⁸ RGPH 2006 et projection 2017

²⁹ Global Burden of Disease, Burkina Faso 2015

³⁰ EDS 2003

³¹ ENIAB 2014

L'ENIAB 2014, a montré que seulement 23% des ménages consomment du sel adéquatement iodé au Burkina Faso. Ces résultats ont également montré qu'il existe des différences de couverture en sel adéquatement iodé dans les régions : une bonne couverture dans l'Ouest du pays et une faible couverture à l'Est du pays en fonction de la provenance du sel importé.

80. Les facteurs déterminants de la malnutrition et des carences en micronutriments sont essentiellement liés aux mauvaises pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément, à la précarité des soins apportés aux enfants, à la persistance des maladies parasitaires et infectieuses, au faible accès des services de santé et des services sociaux, à l'insuffisance d'accès à l'eau potable, à l'insalubrité des aliments et aux mauvaises pratiques en matière d'hygiène et à certains pesanteurs socioculturelles. Ces déterminants seraient eux-mêmes influencés par l'insécurité alimentaire des ménages dans certaines régions, le faible niveau d'éducation des mères, la pauvreté et la situation précaire de la femme. Ainsi, ces déterminants révèlent que la malnutrition est un problème transversal dont le dénouement requiert des actions multiformes et multisectorielles.

81. Selon l'EMC³² 2014, 40,1% de la population (soit 7,17 millions d'habitants) vivant en dessous du seuil de pauvreté, constitue la frange la plus vulnérable à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle. De plus, la récurrence des aléas climatiques (inondations et/ou sécheresse) conjuguée à la fluctuation des prix des produits alimentaires accentuent cette vulnérabilité. Aussi, les résultats de l'analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition de 2014, montrent que 20% des ménages sont en insécurité alimentaire soit plus de 3,5 millions de personnes.

82. Dans les treize régions sanitaires, la prise en charge des cas de malnutrition aigüe parmi les enfants de 0-59 mois est assurée. Elle vise à réduire les risques de morbidité et de mortalité chez les enfants. Sur 186473 cas de malnutrition aigüe sévère attendus en 2016, 119252 cas ont bénéficié d'une prise en charge par les structures de soins avec un taux de guérison de 93%. Cette situation serait liée à une faiblesse dans la détection des cas de malnutrition (dépistage), à une insuffisance de ressources adéquates pour la prise en charge (Matériels anthropométriques, bandelette de Shakir, intrants et médicaments de prise en charge).

83. 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%

³² Enquête multisectorielle continue, 2014

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%. 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.

3.8.3 Le processus d'accélération de la transition démographique pour déclencher le dividende démographique est réellement mis en mouvement

84. L'accélération de la transition démographique et le déclenchement d'un dividende démographique sont tributaires de :

- (i) l'accès géographique, culturel et financier aux services de planification familiale ;
- (ii) les pratiques de mariage précoce et de grossesse précoce ;
- (iii) la production d'une force de travail compétente et entreprenante avec la prise en compte de l'aspect genre.

85. Dans le domaine de la planification familiale, les efforts ont porté sur le plan de la relance 2013-2015, la distribution à base communautaire des produits contraceptifs et le renforcement du dispositif national de sécurisation des produits de santé de la reproduction³³. La proportion des formations sanitaires offrant au moins trois méthodes contraceptives est passée de 89% en 2014 à 98,5% en 2015. Cependant, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives a baissé passant de 34,3% en 2014 à 31,1% en 2015. Ce changement peut être dû à un recul réel ou un effet du changement du mode de calcul. La proportion de couple-années de protection a connu une progression passant de 12,4% en 2011 à 22,3% en 2015. Selon l'EMDS 2015, le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) est de 22,5% et l'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 5,4 enfants par femme. Ce fort taux n'est pas sans conséquence sur l'autonomisation de la femme. En effet, le taux de dépendance économique est de 140% en 2009.

86. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2010, les femmes entrent en union à un âge précoce. Parmi les femmes âgées de 25-49 ans, une sur dix (10%) était déjà en union en atteignant l'âge de 15 ans. Plus de la moitié (53%) étaient déjà en union en atteignant 18 ans. L'âge médian d'entrée en première union des femmes de 25-49 ans est estimé à 17,8 ans. La pratique est plus répandue en milieu rural (63%) qu'en milieu urbain (22%). La région du Sahel vient en tête avec un âge médian de (16,1 ans), suivie respectivement des régions de l'Est (17,2 ans) et de la Boucle du Mouhoun (17,6 ans).

³³EMP PNDS 2011-2020

87. Le phénomène des grossesses non désirées prend de l'ampleur surtout en milieu scolaire. Selon l'annuaire statistique du MASSN de 2015, on a dénombré 2800 cas de grossesses non désirées. Selon un rapport de l'OMS publié en 2012, les accouchements suite aux grossesses non désirées des adolescentes âgées de 15 à 19 ans représentent 11% des naissances vivantes dans le monde.

88. La population active est composée d'hommes dans une proportion de 52,2%, contre 7,8% de femmes. La répartition des actifs au chômage par milieu de résidence confirme le fait que le chômage non seulement sévit dans le milieu urbain, mais aussi prédomine chez les masculins (9,6% contre 8,8% chez les féminins). Selon le RGPH de 2006, le taux de dépendance économique est de 174,4. Ainsi 100 personnes actives occupées ont à leur charge 174,4 personnes. Le taux de dépendance économique cache de profondes disparités selon le milieu de résidence : il est de 165,54% en milieu rural donc en dessous de la moyenne nationale de 174,41% parce que ce milieu a un taux d'activité plus important (80,22%). En milieu urbain, le taux de dépendance est plus élevé (210,88%), la ville comporte plus de chômeurs et d'inactifs. Au niveau région, il est de 143,3% pour le Centre-Sud et 251,5% pour le Sahel.

L'analyse de la situation a été faite en forces faiblesses opportunités et menaces est représentée sous forme de tableau en Annexe 8.3.

3.9 Grands défis à relever

89. De l'analyse qui précède, il ressort que pour atteindre les impacts visés de meilleurs résultats doivent être obtenus pour : (i) la prévention et la prise en charge du paludisme, des infections respiratoires, des maladies diarrhéiques, de la septicémie néonatale, de la méningite et de la tuberculose mais également des maladies cardiovasculaires, du diabète et des hémoglobinopathies ; (ii) la prévention et la prise en charge de la malnutrition infantile et maternelle ; (iii) la prévention et la réparation des mutilations féminines et la couverture du besoin en planification familiale. Les défis suivants sont à relever :

1. **amélioration de l'accès aux services de santé et aux soins de qualité.** Il passe (i) par la mise en œuvre de toutes les stratégies d'incitation de la demande de soins pour l'élimination des barrières financières, géographiques, psychologiques et socio-culturelles, (ii) le renforcement de l'offre de services de santé de qualité et de protection sociale.

2. **baisse significative des morbidités liées aux maladies transmissibles et non transmissibles et la réduction de la mortalité maternelle et infantile.** Il s'agit de mettre en œuvre toutes les stratégies qui vont concourir à (i) l'élimination des maladies transmissibles et non transmissibles, (ii) l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes chez les enfants et les autres groupes à risque, (iii) l'élimination des MGF (iv) l'accélération de la transition démographique par la mise en œuvre du plan d'accélération de la planification familiale, (v) l'amélioration de l'état de santé des adolescentes et adolescents ainsi que du statut de la femme.
3. **disponibilité et bonne gestion des ressources en santé.** Ce défi sera relevé à travers (i) des ressources humaines en qualité et en quantité suffisante, (ii) des produits de santé (les médicaments, les vaccins, les produits contraceptifs et les produits sanguins) ; (iii) un renforcement des plateaux techniques des structures de santé, (iv) un financement efficace et efficient de la santé, tenant compte de l'approche de gestion intégrée des ressources mobilisées/allouées, (v) une bonne gouvernance et la lutte contre la fraude ;

4. Partie II : Éléments de la politique

4.1 Les fondements

90. La politique nationale du secteur santé trouve ses fondements sur des documents et référentiels nationaux, régionaux et internationaux.

91. Au niveau international :

- (i) En septembre 2015, lors de la 70^{ème} Assemblée Générale des Nations Unies, l'Agenda 2030 articulé autour de 17 objectifs de développement durable (ODD) a été adopté comme un nouveau programme de développement durable. La politique tire ses fondements de ces ODD notamment l'ODD 3 qui s'intitule : « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».
- (ii) L'Agenda 2063, adopté en janvier 2015 par les chefs d'Etat et de gouvernement de l'Union Africaine, est un cadre stratégique pour la transformation socio-économique positive du continent africain sur les 50 prochaines années. Bâti autour de 7 aspirations, L'Aspiration 1 prône une Afrique prospère fondée sur une croissance inclusive et un développement durable.

La politique sectorielle santé tire son fondement de cette aspiration qui met notamment le cap vers les résultats suivants : des citoyens en bonne santé, bien nourris et ayant une longue espérance de vie ; des villes, des communautés

périurbaines et rurales dynamiques et équipées d'infrastructures de communication, d'assainissement, d'éducation et de santé modernes.

92. En outre, il existe des accords et conventions ratifiés par le Burkina dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la démographie qui constituent des fondements de la politique sectorielle santé. La politique trouve également ses fondements dans les engagements du gouvernement vis-à-vis de la communauté internationale matérialisés à travers son adhésion à des instruments juridiques avec effet de santé tels que :

- (i) la Déclaration universelle des droits de l'homme ;
- (ii) le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;
- (iii) la Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement,
- (iv) la convention relative aux droits de l'enfant ;
- (v) la convention relative à la lutte contre les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- (vi) la Plate-forme de Beijing.

93. Au niveau régional : Les fondements de cette politique sectorielle s'appuient sur des instruments juridiques régionaux et sous régionaux qui renforcent le cadrage international. Ce sont entre autres la Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA sur la santé (l'agenda 2063 de l'Union africaine), base du développement et sur le SIDA », la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, la Déclaration du forum mondial de Bamako sur la recherche pour la santé, le développement et l'équité.

94. Au niveau national : L'article Article 18 de la Constitution stipule ; « L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, la sécurité sociale, le logement, le sport, les loisirs, la santé, la protection de la Maternité et de l'Enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux, la création artistique et scientifique, constituent des droits sociaux et culturels reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir ». La politique sectorielle santé tire ses fondements de cet article ainsi que l'article 26 qui précise : « Le droit à la santé est reconnu. L'Etat œuvre à le promouvoir ». La politique est en cohérence avec l'Etude Nationale Prospective (ENP) Burkina 2025 qui a pour vision « le Burkina Faso, une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale ». La politique tire sa source de l'objectif stratégique 1 de l'axe 2 du PNDES : « promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique ». Elle contribue notamment à l'atteinte des effets EA 2.1.1 : l'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous, EA 2.1.2 : l'état

nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré et EA 2.1.3 : le processus d'accélération de la transition démographique pour déclencher le dividende démographique est réellement mis en mouvement.

4.2 La vision

95. La vision du secteur santé se décline comme suit : « ***un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2027***». Elle découle de la vision énoncée dans l'Étude nationale prospective Burkina 2025 : « une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale » et celle du PNDES à l'horizon 2020, se formule comme suit : « le Burkina Faso, une nation démocratique, unie et solidaire, transformant la structure de son économie pour réaliser une croissance forte et inclusive, au moyen de modes de consommation et de production durables ». Cette vision ambitionne d'offrir à l'ensemble de la population un état de bien-être à travers des services de santé optimum pour promouvoir, protéger, restaurer et réhabiliter leur santé. Pour y parvenir, il faut développer un système de santé national performant et résilient.

4.3 Les principes directeurs

96. Les valeurs qui sous-tendent la présente politique nationale de santé sont : l'équité et le genre, la redevabilité, la protection financière, le respect des droits des patients.
97. L'équité et le genre : la mise en œuvre de la politique permet de mettre en exergue le principe de l'équité. Cela se traduit par la réduction des disparités et l'élimination des inégalités sociales et régionales. Les principes de l'équité seront le fil conducteur déterminant, pour assurer l'équité notamment dans l'offre des services de santé en tenant compte des spécificités régionales et la demande des services de santé. L'équité favorisera également, une utilisation rationnelle des ressources et l'accès de toutes les couches sociales aux services de santé. Aussi, la prise en compte du genre permettra notamment de tenir compte des besoins spécifiques des femmes et des hommes dans la mise en œuvre de la politique.
98. La redevabilité : elle se matérialise par la transparence et la reddition des comptes qui seront les éléments fondamentaux dans la mise en œuvre de la politique. La redevabilité permet d'instaurer un climat de confiance et garantit la pleine participation des acteurs à la réalisation des objectifs définis de la politique.
99. La protection financière doit permettre d'éviter un appauvrissement par le recours aux soins. Elle se concrétise par des mécanismes pérennes et progressifs de mobilisation d'espace fiscale, par une fongibilité totale des contributions de partage de risque

maladie, par des allocations basées sur des résultats et par une délimitation prudente du paquet de bénéfiques. La mise en œuvre d'une stratégie de financement de la santé cohérente devrait permettre d'adresser les problèmes de financement de la santé en vue de la CSU : mobilisation des ressources nécessaires, la mise en commun et l'achat des prestations sans oublier les interventions de prévention et les activités transversales.

100. La mise en œuvre de la politique va permettre d'évoluer positivement vers la CSU, en éliminant progressivement les barrières, géographiques, socioculturelles et financières. Les groupes vulnérables seront l'objet d'une attention particulière.

4.4 Les orientations stratégiques

101. Pour relever les défis découlant de l'analyse diagnostique de situation, des axes stratégiques, des objectifs et des effets attendus sont clairement définis. Le relèvement de ces défis contribuera, sans doute, entre autres à l'atteinte de la promotion de la santé des populations et de l'accélération de la transition démographique, objectif stratégique du PNDES.

4.4.1 L'objectif global et les impacts attendus

102. **L'objectif général** : Améliorer l'état de santé de la population.

103. Les impacts attendus sont :

- (i) Réduction des morbidités et de la mortalité ;
- (ii) Augmentation de l'espérance de vie à la naissance ;
- (iii) Amélioration du bien-être de la population.

4.4.2 Axes stratégiques, objectifs stratégiques et effets attendus

AXE 1– Accès aux services de santé

Objectif stratégique OS 1 : Assurer l'accès universel aux services de santé de qualité

Effet attendu 1 : L'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous, il est attendu également un meilleur état de santé des femmes et des enfants, le contrôle/élimination des maladies transmissibles, non-transmissibles et des maladies tropicales négligées.

104. Cet effet comprend :

- (i) l'accès aux services de santé adéquats de santé en faveur de la femme, dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle, de la santé de la reproduction, et de la lutte contre les mutilations génitales féminines ;
- (ii) l'accès aux services de santé adéquats de santé en faveur des enfants ;
- (iii) l'accès aux services de santé adéquats pour les maladies transmissibles ;

- (iv) l'accès aux services de santé adéquats pour les maladies non-transmissibles ;
- (v) l'accès aux soins et la prévention des maladies tropicales négligées ;
- (vi) l'accès aux soins des personnes vulnérables ;
- (vii) l'accès physique, socioculturel et financier de la population générale aux trois échelons de soins de la pyramide sanitaire ;
- (viii) le développement des activités de promotion de la santé.

105. L'offre de services de santé sera renforcée en faveur de la femme (mères, jeunes filles et personnes âgées), il sera indispensable de mettre en œuvre des interventions à résultats rapides (IRR) ayant un haut impact sur l'atteinte des ODD liés à la santé ainsi que des stratégies visant la promotion des comportements à moindre risque. Les services prioritaires à renforcer, sont entre autres :

- les services de santé maternelle ;
- la planification familiale ;
- la prévention et la prise en charge de la malnutrition ;
- la prise en charge des PvVIH dans son volet PTME.

Ainsi, des actions stratégiques intégrées seront privilégiées. En plus, il est nécessaire de recourir à des modèles efficaces de prestations de services qui utilisent préférentiellement des systèmes d'orientation et de recours efficaces et l'intégration des services.

106. Par ailleurs, les accouchements seront sécurisés à travers la maternité à moindre risque (AA, CPN, CPoN, SONUB, SONUC, SENN) ; la prévention des cancers féminins (lésions précancéreuses, col de l'utérus...), la prise en charge de la fistule obstétricale seront assurées.

107. De même, les violations faites aux droits de l'enfant ainsi que toutes les pratiques néfastes (mariage d'enfant, MGF...) seront évitées. Tout comme le mariage d'enfant, les MGF connaissent des poches de résistance dans notre pays. Pour l'abandon total de ces pratiques, les actions intégreront l'aspect prévention et l'aspect prise en charge des victimes. Au titre de la prévention, les actions viseront le renforcement des capacités des acteurs de la lutte contre l'excision, le renforcement de l'engagement des communautés avec une prise en compte de la lutte transfrontalière contre le phénomène. A cela, il faut allier la prise en charge des victimes qui se traduit par la réparation des séquelles et la prise en charge psychosociale des victimes.

108. Les maladies de l'enfant devront être correctement prises en charge ou évitées (à travers entre autres l'approche PCIME, l'option B+ pour la PTME...). La réduction des mortalités néonatale et infanto-juvénile doit être ramenée à un niveau suffisamment

bas conformément aux cibles ODD à travers des stratégies efficaces et efficientes.

109. L'amélioration de la performance des programmes de lutte contre les maladies transmissibles passe par la prise en compte dans les interventions de santé publique des maladies transmissibles réurgentes ou émergentes comme la dengue, la fièvre lassa, les gripes d'intérêt pour la santé internationale. Le renforcement des capacités des programmes existants est également un aspect clé des futures interventions, notamment pour la lutte contre le VIH et le SIDA, l'élimination de la transmission mère-enfant. Les stratégies de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, la tuberculose, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les IRA, la méningite et la malnutrition doivent être renforcées en particulier dans les domaines de la prévention, de la prise en charge, de la coordination et du leadership ainsi que de l'information stratégique.
110. Le dépistage des maladies transmissibles (VIH, les hépatites, ...) fera l'objet d'une vulgarisation et d'une promotion. Dans cette lancée, l'objectif de l'élimination de la transmission mère enfant du VIH (moins de 2%) sera poursuivi ainsi que les dernières recommandations dans le cadre de la prise en charge du VIH, notamment le traitement systématique des cas.
111. La conduite de campagnes de traitements préventifs (FL, TPI, CPS,...) accroîtra la protection des populations contre la survenue de certaines maladies transmissibles ou non. Spécifiquement, une forte incitation des populations à dormir sous moustiquaires imprégnées et des actions d'assainissement des milieux de vie garantiront une baisse sensible de la morbidité et de la létalité liées au paludisme. Tous les efforts convergeront vers l'octroi annuel d'une moustiquaire à chaque femme enceinte et chaque enfant de moins de 5 ans.
112. L'immunisation universelle sera renforcée à travers l'amélioration de la logistique des vaccins et de la disponibilité des nouveaux vaccins ; les compétences des acteurs seront renforcées. Un accent sera mis sur la qualité de la vaccination et des couvertures vaccinales ainsi que l'introduction de nouveaux vaccins. L'intensification de la surveillance épidémiologique et la mise en œuvre du Règlement sanitaire international doivent être le socle sur lequel s'appuient toutes ces interventions.
113. Les vaccinations de routines concernant les maladies cibles du PEV (Polio, tétanos, méningite, rougeole, ...) seront menées en vue d'une meilleure couverture vaccinale. En sus, le concours des partenaires techniques et financiers sera toujours requis pour conduire des campagnes de vaccination à l'échelle nationale aux fins de parvenir à l'éradication de certaines pathologies comme la poliomyélite et le tétanos néonatal.

114. Les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles doivent bénéficier de moyens conséquents au regard du contexte de transition épidémiologique. Cela concerne les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète, la drépanocytose et les autres maladies génétiques courants dans notre contexte. L'accent doit être mis d'abord dans la prévention puis dans le renforcement de la prise en charge et des soins de réadaptation sans omettre les aspects de coordination avec des approches multisectorielles ainsi que de l'information stratégique. Les interventions en faveur de la lutte contre les hépatites notamment la vulgarisation et la prévention feront l'objet d'une intensification dans le cadre de la lutte contre le cancer du foie. Au profit de la femme, le dépistage des cancers féminins (cancer du sein, lésions précancéreuses, ...) fera l'objet de mesures de gratuité et de propagande.
115. L'activité physique, gage de santé sera promue en vue d'endiguer les maladies non transmissibles telles que l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle. Les responsables administratifs susciteront, à tous les niveaux, l'engouement pour le sport de masse dans les services publics.
116. Les maladies tropicales négligées ont suscité cette dernière décennie un regain d'intérêt qu'il faut entretenir pour éliminer voire éradiquer celles qui peuvent l'être. Les traitements de masse et le renforcement des capacités pour la prise en charge doivent être soutenus.
117. En matière de développement de l'offre de services de santé au niveau communautaire, il s'agira de réorganiser les interventions de santé communautaires pour répondre aux défis de la santé de l'individu, de la famille et de la collectivité. A cet effet, la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé sera révisée et mise en œuvre.
118. Au plan communautaire, les compétences, l'appui et la motivation de 17000 agents de santé communautaire devront être renforcés pour la mise en œuvre effective de leur paquet d'activités. Il s'agira de leur doter de moyen de communication et d'information (boîtes à image, etc.) en nombre et qualité satisfaisante. Les interventions au niveau communautaire seront coordonnées grâce à la supervision mensuelle et au rapportage des données sur les services à base communautaire. Les communautés elles-mêmes seront outillées pour prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé. A cet effet, l'adhésion des femmes et enfants aux programmes de santé maternelle et infantile et l'implication des hommes feront l'objet de sensibilisation à travers des approches innovantes telles que l'« école des maris », le «stepping stone» etc.

119. Une feuille de route pour la sécurité sanitaire sera finalisée et mise en œuvre. Elle intégrera l'approche « une seule santé ». Une vigilance absolue en matière de gestion des événements de santé publique sera de mise. La préparation, la détection et la riposte aux événements de santé publique seront une préoccupation pour les sous-secteurs concernés. En vue d'une synergie, la coordination intra sectorielle et la collaboration intersectorielle devront être renforcées. Les autorités sanitaires et administratives veilleront à l'application du Règlement sanitaire international (RSI), à la fonctionnalité des comités de gestion des épidémies et à la mise en œuvre des plans blancs.
120. Les milieux professionnels sont couverts en service de santé pour assurer la santé et la sécurité des travailleurs. En outre, les visites périodiques devront toucher l'ensemble des travailleurs du public et du privé.
121. Avec le concours des fonds nationaux de solidarité et des diverses autres subventions, les services sociaux et les établissements de santé assurent la prise en charge gratuite des indigents du niveau périphérique au niveau tertiaire.
122. La poursuite de la délivrance de la gratuité des soins au profit de la femme enceinte et de l'enfant de moins de 5 ans va se faire avec la correction des insuffisances constatées au long du processus, dans les établissements de santé du public et du privé conventionné, celle-ci à l'effet de réduire les décès maternels et néonataux. La stratégie sera intégrée à l'AMU quand elle sera opérationnelle. Au fil des ans et de l'accroissement du financement y afférent, la gamme des prestations offertes sera étendue au maximum.
123. En accompagnement du secteur qui en a la primauté, le secteur de planification santé travaillera à l'effectivité de l'assurance maladie universelle (AMU) en opérationnalisant les aspects du mécanisme de l'AMU dont il en a la charge. Il s'agira notamment d'assurer la disponibilité des soins de santé de qualité pour tous et de faciliter les mécanismes de conventionnement avec les organismes gestionnaires de l'AMU.
124. Un plan de gestion des urgences, épidémies et catastrophes, type plan ORSEC sera développé, une équipe de coordination intersectorielle pour la gestion des épidémies, urgences et catastrophes sera mis en place et des ressources financières seront repositionnées aussi bien au niveau national que régional en vue de mettre en place les premières réponses urgentes.
125. L'amélioration de l'hygiène individuelle et collective sera un gage de la lutte contre

les infections transmissibles. Le secteur appuiera toutes initiatives dans le cadre de la gestion des déchets solides et liquides auprès des autorités administratives et/ou communales. De même, la lutte contre le péril fécal sera renforcé par la mise à échelle des initiatives de type "Assainissement Total Piloté par la Communauté - ATPC³⁴".

126. Le maintien de la qualité des soins doit être assuré par le renforcement des capacités de gestion financière et des intrants dans les formations sanitaires avec des outils de gestion appropriés, par :

- un programme de sécurité des patients et de soins centrés sur les personnes dans les hôpitaux, les centres médicaux et les CSPS ;
- le renforcement de l'assurance qualité dans les formations sanitaires à travers la formation, la certification ;
- la participation du sous-secteur sanitaire privé par la collaboration des services déconcentrés avec les collectivités territoriales ;
- la mise en place du panier commun pour financer les activités opérationnelles des districts sanitaires et la pleine participation des communautés.

127. L'accès équitable aux services de santé notamment pour les groupes de population défavorisés fera l'objet d'un suivi à travers la veille communautaire, des enquêtes et une analyse discriminante des données statistiques. Les stratégies de santé communautaire y contribuent et feront l'objet d'un suivi quant à leur niveau de mise en œuvre, goulots d'étranglement et efficacité.

AXE 2– Nutrition

Objectif stratégique OS 2 : Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

Effet attendu 2 : L'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré ; il est attendu notamment l'amélioration des pratiques d'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants, le renforcement des interventions de sécurités alimentaires sensibles à la nutrition, le renforcement des interventions d'éducation, d'eau, d'hygiène et assainissement sensibles à la nutrition.

128. L'état nutritionnel de la population peut être amélioré grâce à des interventions spécifiques et des interventions sensibles à la nutrition. L'état nutritionnel dépend de certains facteurs importants notamment :

- (i) les apports alimentaires en calorie et en qualité de la population, soit sa sécurité nutritionnelle ;
- (ii) l'accès aux micronutriments ;

³⁴http://www.pseau.org/outils/ouvrages/dgaeue_unicef_strategie_de_mise_en_uvre_de_l_assainissement_total_p_ilote_par_la_communaute_au_burkina_faso_2014.pdf

- (iii) les pratiques d'allaitement, d'alimentation et d'hygiène ;
- (iv) l'accès à l'eau potable ;
- (v) l'efficacité de la prise en charge de la malnutrition et des maladies de l'enfant ;
- (vi) le niveau d'éducation des ménages.

129. Les apports alimentaires sont dépendants de l'amélioration de la disponibilité alimentaire et visent à couvrir les besoins nutritionnels de façon durable. Cela passe entre autres par la maîtrise des ressources en eau, l'intensification durable des productions agro-sylvo-pastorales et halieutiques, et le renforcement des capacités techniques et organisationnelles des acteurs. Quant à l'accessibilité aux produits alimentaires, elle passe entre autres par l'accroissement des infrastructures de transport, de stockage, de transformation, de commercialisation et le fonctionnement des marchés des produits agro-alimentaires pour permettre un accès géographique permanent et à un coût abordable aux denrées alimentaires.

130. Les pratiques adéquates en matière de nutrition visent la baisse de la proportion d'enfants souffrant de malnutrition aigüe globale et aussi celle des enfants ayant un retard de croissance. En termes d'objectif, cette baisse va consister à réduire la prévalence de la malnutrition aigüe de 7,60% en 2016 à 6,49% en 2020 et de 27,3% en 2016 à 15% en 2020 pour le retard de croissance. Les actions dans ce volet porteront notamment sur la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant d'une part, à savoir l'allaitement exclusif, l'alimentation de complément adéquate et d'autre part sur les autres pratiques d'alimentation saines pour les autres groupes vulnérables et l'ensemble de la population.

131. A ces actions, il faut ajouter le renforcement de la lutte contre les carences en micronutriments à travers la promotion de l'enrichissement des aliments de grande consommation en micronutriments et de leur consommation, le renforcement des capacités des structures de contrôle des aliments enrichis, la supplémentation en micronutriments et le déparasitage ainsi que la promotion de la consommation d'aliments naturellement riches en micronutriments.

132. Les actions sensibles à la nutrition essentielle porteront sur :

- la promotion de la production de produits végétaux à haute valeur nutritive ;
- la promotion du petit élevage au profit des ménages, particulièrement en faveur des femmes ;
- la valorisation des produits alimentaires locaux ;
- le développement des activités d'IEC/CCC sur les bonnes pratiques d'alimentation, d'hygiène et d'assainissement ;
- le renforcement de la qualité et la couverture des interventions communautaires de

promotion des pratiques optimales d'ANJE ;

- la promotion de la consommation de produits forestiers non ligneux (PFNL) ;
- la promotion de la production vivrière améliorée (cultures maraîchères l'arboriculture vivrière petit élevage) ;
- la promotion de la transformation et de la fortification des aliments de grandes consommation et des farines infantiles en vitamines et minéraux.

133. Ces actions sensibles prennent également en compte le soutien à la promotion de la scolarisation et du maintien à l'école en particulier des filles, de la promotion de la santé, l'hygiène et la nutrition en milieu scolaire ainsi que le soutien à une alimentation adéquate en milieu scolaire en vue de prévenir la malnutrition par le biais des élèves. En outre, il faut poursuivre l'intégration de la nutrition dans les plans régionaux et communaux de développement afin d'atteindre les résultats escomptés. Enfin, la question de nutrition étant multisectorielle, la mise en place d'un dispositif de suivi basé sur l'existant va contribuer à suivre et apprécier les efforts des différentes parties prenantes à travers le cadre commun de résultats en matière de nutrition.

134. L'efficacité de la prise en charge nutritionnelle doit reposer sur le renforcement des capacités d'intervention des structures de prise en charge et des acteurs à tous les niveaux du système de santé ainsi que la disponibilité des intrants nutritionnels (ATPE, Lait thérapeutique et médicaments) à travers l'augmentation progressive de la ligne budgétaire de l'Etat et de ses partenaires en faveur de la nutrition.

135. La lutte contre l'obésité et la surcharge pondérale sera articulée autour des actions de renforcement des capacités des acteurs et des structures pour la prise en charge des maladies chroniques liées à la nutrition. Un accent particulier sera mis sur la promotion de l'adoption des pratiques nutritionnelles adéquates à travers l'alimentation saine et équilibrée, la pratique de l'activité physique régulière et la réduction de la consommation d'alcool.

136. Pour améliorer la sécurité sanitaire des aliments, les actions porteront sur :

- le renforcement des capacités des services d'inspection et de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments ;
- le renforcement du mécanisme d'application des normes de qualité des produits alimentaires ;
- le renforcement de la réglementation et de son application en matière d'innocuité des produits alimentaires et de protection des consommateurs ;
- l'amélioration de l'accessibilité des acteurs de la transformation aux services de contrôle de qualité des aliments ;
- la sensibilisation des acteurs concernés aux différents niveaux.

AXE 3– Transition démographique

Objectif stratégique OS 3 : Atteindre le dividende démographique par la mise en œuvre de stratégies innovantes dans les domaines de la PF, de la santé des adolescents et du Statut de la femme.

Effet attendu 3 : le processus d'accélération de la transition démographique pour déclencher le dividende démographique est réellement mis en mouvement, il est attendu notamment la réduction de l'indice synthétique de fécondité, l'amélioration de la santé des adolescents, l'amélioration du statut de la femme.

137. L'accélération de la transition démographique et le déclenchement d'un dividende démographique sont tributaires de : (i) l'accès géographique, culturel et financier aux services de planification familiale ; (ii) l'amélioration de la santé des adolescents ; (iii) la lutte contre le mariage précoce et les grossesses précoces ; (iv) la production d'une force de travail compétente et entreprenante prenant en compte l'aspect genre.

138. Il s'agit d'accroître le taux de la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union de 22,5% en 2015 à 32% en 2020. Les interventions devront concerner la création de la demande, l'offre et l'accès aux services, la sécurisation des produits, l'environnement institutionnel, le financement, la coordination et le suivi-évaluation.

139. Pour satisfaire les besoins non-couverts en matière de PF, la délégation des tâches à tous les niveaux, la distribution à base communautaire, la vulgarisation de l'ensemble des méthodes de la PF, la gratuité de la PF et la sécurisation des produits de la SR seront le gage du succès de cette ambition. Les activités de SR seront intensifiées par des actions à destination des jeunes et adolescents et la mise en œuvre la PF du post-partum.

140. Dans la lutte contre le mariage précoce des enfants, l'accent sera mis à travers une plateforme multisectorielle, sur la révision et le respect des dispositions législatives et réglementaires. La méconnaissance des droits et les pesanteurs socioculturelles seront combattues par une sensibilisation soutenue et un plaidoyer auprès des leaders communautaires. Plus généralement, les violences basées sur le genre seront combattues. Aussi, il faut une prise en charge intégrée des victimes de mariage d'enfants.

141. Dans les centres jeune, les lycées et collèges et les centres de formation professionnelle, une éducation sexuelle complète sera donnée aux jeunes et adolescents afin qu'ils adoptent des comportements favorables pour une bonne santé sexuelle et reproductive.

142. Par des actions de sensibilisation, les parents seront engagés à donner une éducation sexuelle appropriée à domicile. Le contrôle sera de rigueur sur les sites d'orpaillage (et partout où le besoin est) pour éviter que les enfants ne soient employés et exposés.

143. Dans l'ambition de promouvoir l'autonomisation économique de la femme, plusieurs actions sont envisagées. Il s'agit notamment de :

- l'appui à la formalisation d'entreprises des femmes exerçant dans l'informel ;
- le renforcement de la formation technique et professionnelle de la femme et de la jeune fille ;
- la promotion de la création d'entreprises par les femmes et les jeunes filles ;
- l'amélioration de l'accès des femmes et des jeunes filles à la terre et aux technologies de production, de transformation et de conservation ;
- la facilitation de l'accès des femmes et des jeunes filles aux financements ;
- le renforcement des capacités techniques des femmes et des jeunes filles entrepreneures. Etant donné que l'autonomisation économique passe par celle du social, la lutte contre les violences à l'égard des femmes et des jeunes filles par l'application effective des textes fera partie des actions.

AXE4 -La promotion de la bonne gouvernance (Axe d'appui)

Objectif stratégique OS4: Promouvoir la bonne gouvernance

Effet attendu 4: Baisse de la corruption dans le secteur de la santé ;la gouvernance est améliorée et Le pilotage et le soutien du secteur de la santé sont renforcés.

144. Il s'agit de : (i) Rendre fonctionnel les organes délibératifs ; (ii) Changer de paradigme dans le secteur de la santé en faveur d'une meilleure intégration des différentes approches ;(iii) Améliorer la collaboration intersectorielle et multisectorielle.

145. Dans le cadre d'une bonne exécution des politiques, plans, programmes et projets les organes délibérants doivent fonctionner de façon idoine. Au plan sectoriel la tenue et la participation effective des différents ministères ainsi que des autres acteurs aux réunions du CSD, GT et EF est un gage de succès. Une communication permanente et efficace avec tous les acteurs internes et externes sera instaurée.

146. Le Ministère de la santé a engagé une grande réforme institutionnelle pour permettre une meilleure efficacité et une meilleure efficience de ces interventions. Cette réforme touchera toutes les directions générales. La réforme vise notamment une séparation des interventions de santé par rapport à la production des soins.

147. Poursuivre les réformes institutionnel et réglementaire et améliorer le modèle de

district sanitaire dans le contexte de la décentralisation. Les effets attendus de cet objectif sont :

- d'offrir des services de santé efficaces et efficients ;
- de protéger la population contre les risques sanitaires, alimentaires et d'améliorer la gestion du système de santé décentralisé.

Pour ce faire, il s'agira d'améliorer :

- la régulation du secteur pharmaceutique ;
- de valoriser la médecine et pharmacopée traditionnelles ;
- d'assurer la sécurité et la santé au travail ;
- d'assurer l'assurance qualité des soins ;
- de mettre en place une fonction publique hospitalière ;
- d'adapter le modèle de district sanitaire au contexte de la décentralisation.

148. Il s'agit d'obtenir un changement de paradigme pour la planification de la santé au profit d'une approche préventive de la maladie, promotion et protection de la santé. L'effet attendu, est de favoriser un meilleur état de santé des populations (baisse de la charge de morbidité et la mortalité). Pour ce faire, la planification des actions en matière de santé devra mieux cibler la prévention de la maladie, la promotion et la protection de la santé.

149. Le district sanitaire s'intégrera au contexte de la décentralisation par la création d'une structure intercommunale de soutien aux services de santé de premier niveau.

150. Renforcer la multi-sectorialité (inter et intra) par la collaboration avec les autres ministères ayant une action sur les déterminants de santé. Les effets attendus sont : le pilotage et le soutien du secteur de la santé sont renforcés ; une meilleure contribution des autres secteurs à la résolution des problèmes de santé. Cela passera par la fonctionnalité effective du cadre sectoriel de dialogue ainsi que l'existence de cadre multisectoriel fonctionnel d'échange et de collaboration avec les autres ministères ayant une action sur les déterminants de santé.

AXE 5– L'amélioration de la disponibilité et la gestion efficiente des ressources sanitaires (Axe d'appui)

Objectif stratégique OS5 : Promouvoir la disponibilité des ressources

Effet attendu 5 : Les ressources sont équitablement réparties suivant les besoins des régions et des services ;une augmentation du budget alloué au secteur de la santé conformément aux engagements des pays de la sous-région ; L'amélioration de l'équité, de la redevabilité et l'efficacité du financement de la politique sectorielle.

151. Il s'agit de : (i) Renforcer la qualité et la répartition régionale des ressources humaines ; (ii) Renforcer les plateaux techniques à tous les niveaux et leur maintenance ; (iii) D'améliorer la disponibilité et la qualité des médicaments, réactifs et consommables médicaux ; (iv) Améliorer les technologies d'information et de communication
152. La production des ressources humaines (en qualité et quantité) et la répartition du personnel seront mieux coordonnées en vue d'atteindre les nouvelles normes en personnel.
153. La DRH dispose maintenant d'une meilleure information sur la disponibilité effective du personnel dans les régions. Cette base de données doit être élargie aux données sur l'historique d'affectations et de formation des agents afin d'en tenir compte dans la gestion de leur carrière.
154. La retenue du personnel nécessite une adaptation des conditions du logement à chaque niveau, des indemnités d'astreinte (discrimination positive en faveur des zones difficiles) et une mise à niveau du plateau technique des CHR, CMA, CM et CSPS. Avant tout, la rétention et la fidélisation du personnel exige un traitement équitable de tout dossier d'affectation.
155. Concernant le volet infrastructure et équipement, il s'agit d'améliorer le rayon moyen d'action théorique (RMAT) et d'offrir des soins spécialisés de qualité aux populations. Cela passera d'une part par la réalisation d'infrastructures sanitaires de premier niveau au profit des populations (construction de nouveaux CSPS/CM, et transformation des CSPS des chefs-lieux des communes rurales en CM/CMA). D'autre part, par la réalisation d'infrastructures sanitaires des deuxième et troisième niveaux par la construction et équipement des centres spécialisés de soins et la transformation des CHR en CHU. Par ailleurs, les infrastructures existantes y compris les laboratoires seront normalisées/réhabilitées et dotées de plateaux techniques adéquats ainsi que de la logistique appropriée. Une place de choix sera accordée au développement/utilisation des technologies de l'information et de communication et autres technologies sanitaires comme la télésanté. En outre, une politique de maintenance des bâtiments et équipements biomédicaux sera élaborée et mise en œuvre. Enfin, pour garantir la qualité des équipements notamment hospitaliers, le Ministère devra s'orienter vers un système de pré qualification et d'accréditation des fournisseurs.
156. Concernant les produits de santé, il s'agira d'améliorer l'accès des populations à des produits de santé de qualité (médicaments, réactifs de laboratoire, produits sanguins

labiles, etc.). Cela nécessite de renforcer le cadre institutionnel et juridique du secteur pharmaceutique ; de développer la production locale en médicaments y compris ceux de la médecine et pharmacopée traditionnelle ; de renforcer le dispositif de contrôle qualité des produits de santé ; d'éradiquer les contrefaçons et les marchés illicites de médicaments ; d'opérationnaliser les pharmacies hospitalières ; d'opérationnaliser les dépôts préleveurs/distributeurs de produits sanguins. En outre, tout en développant la recherche dans le domaine pharmaceutique, il conviendra de mettre l'accent sur la promotion de l'usage rationnel des médicaments, la pharmacovigilance et la surveillance des résistances aux médicaments comme les antibiotiques, les antiviraux et les antiparasitaires.

157. Une agence de réglementation pharmaceutique mettant en œuvre l'ensemble des fonctions réglementaires sera créée, mettant en œuvre l'ensemble des fonctions réglementaires. Cette agence doit garantir des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et accessibles, s'inscrit dans la perspective AMA. Ceci implique une restructuration du secteur.
158. La mise à niveau de la gestion logistique (capacité de stockage, infrastructures, système d'information, comptes bancaire pharmacie) des DRD et des pharmacies hospitalières devront permettre, leur solvabilité, leur conformité à la réglementation pharmaceutique et un système d'information de gestion logistique harmonisé et intégré.
159. Une plateforme d'achat en ligne avec un système de preuve de solvabilité ou dépôt bancaire pour l'approvisionnement en médicaments pré qualifiés et homologués sera progressivement mise en place. Dans cette plateforme l'administrateur sera une direction centrale en charge de la sécurisation des approvisionnements, les fournisseurs seront les grossistes publics et privés, les clients seront les DRD et le distributeur sera la CAMEG).
160. Un plan d'approvisionnement national fournira la quantification des besoins annuels de l'ensemble des médicaments essentiels génériques et le système d'information logistique sera opérationnalisé.
161. Les capacités du Centre national de transfusion sanguine et de ses démembrements seront renforcées afin d'améliorer l'approvisionnement et la satisfaction des besoins en produits sanguins. La stratégie de recrutement et de fidélisation des donneurs bénévoles sera renforcée notamment par une meilleure reconnaissance de leur statut.
162. L'opportunité de l'e-santé doit être exploitée pour mettre à profit les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour le développement de bases de

données de santé, pour la gestion de l'information sanitaire avec la mise en place du dossier patient électronique en milieu hospitalier, pour la gestion quotidienne des services et des projets/ programmes et pour l'amélioration des soins et la promotion de la santé. Des expériences comme le mhealth³⁵ doivent être documentées et servir de tremplin pour de nouvelles initiatives.

³⁵ https://www.unicef.org/bfa/french/media_11045.html

5. Partie III : Dispositions de mise en œuvre et de suivi évaluation

163. La politique sectorielle de la santé sera mise en œuvre par les ministères impliqués (MS, le MFSNF et le MAAH) à travers les documents de référence qui guident l'action des trois départements ministériels dans l'accomplissement de leurs missions respectives. La mise en œuvre de la politique tiendra compte des menaces et des contraintes identifiées par les parties prenantes. Les mécanismes de suivi et d'évaluation prenant en compte les principaux indicateurs seront exploités afin de mesurer chaque fois l'atteinte des résultats.

164. La mise en œuvre de la politique sectorielle-santé reposera sur un dispositif institutionnel performant qui assure le suivi de l'exécution de la politique. A ce titre, la stabilité et le renforcement des capacités des différentes structures responsables de la coordination et de la mise en œuvre sont des conditions pour l'opérationnalisation des missions qui leur sont assignées.

5.1 Dispositions de mise en œuvre

5.1.1 Instruments de mise en œuvre

165. Les documents de référence des trois départements ministériels guideront la mise en œuvre de la politique. Il sera élaboré des programmes budgétaires triennaux glissants qui indiqueront les actions prioritaires à mettre en œuvre pour les trois années à venir, en cohérence avec les plans d'action annuels qui seront élaborés à tous les niveaux du système de santé.

5.1.2 Cadre organisationnel

166. Au niveau national, le Cadre sectoriel de dialogue (CSD) dont la présidence est assurée par le Ministre de la santé, comprend le MFSNF et le MAAH qui assurent respectivement la 1ère et la 2ème vice-présidence. Les différents ordres professionnels, la société civile, les privés et la partie gouvernementale sont membres du CSD. Le CSD est l'instance supérieure chargé d'apprécier la mise en œuvre de la politique sectorielle à l'aide des outils de suivi et d'évaluation élaborés à cet effet. En plus des rencontres régulières semestrielles, le CSD peut organiser des missions et des études pour confirmer si nécessaire, sur le terrain, les résultats ou les problèmes rapportés.

167. Les revues et les sessions des CSD constituent les instances essentielles de suivi de la mise en œuvre de la politique. Au vue des présentations et des échanges, des

recommandations importantes ont été faites avec un suivi de la mise en œuvre par les personnes responsabilisées à cet effet.

168. Au niveau régional, les cadres régionaux de dialogue et les conseils de santé de district, chargés d'assurer la mise en œuvre et le suivi du PNDS phase II, sont également commis au suivi de la politique sectorielle-santé.

5.1.3 Acteurs de mise en œuvre

La mise en œuvre de la Politique sectorielle-santé est assurée par les structures étatiques, les collectivités territoriales, les organisations de la société civile, les partenaires techniques et financiers et le secteur privé.

- **Les structures étatiques**

169. Le ministère en charge de la santé, le ministère en charge de la femme, de la solidarité nationale et de la famille et le ministère en charge de l'agriculture sont les différents départements ministériels responsables de la mise en œuvre de la politique sectorielle. Leurs interventions se feront à travers les structures centrales, déconcentrées et de missions. Ils ont en charge l'orientation des interventions et la mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles.

- **Les collectivités territoriales**

170. Au niveau régions et communes, les collectivités territoriales joueront un rôle capital dans la mise en œuvre de la politique sectorielle santé au niveau local. Les budgets et programmes des collectivités territoriales devront prendre en compte le volet santé. Les régions et les communes sont responsables de la mise en œuvre des actions et activités programmées dans les Plans annuels d'investissement des Plans régionaux de développement et les Plans communaux de développement.

- **La société civile**

171. Les ONG et associations de développement apportent leur appui à la mise en œuvre de la politique sectorielle santé à travers les actions d'appui, de contrôle. La société civile est également membre du CSD santé.

- **Les partenaires techniques et financiers (PTF)**

172. Les PTF apportent un appui technique et financier dans la mise en œuvre de la Politique sectorielle santé. Ils jouent un rôle fondamental dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi/évaluation de la politique sectorielle.

- **Le secteur privé**

173. L'atteinte des objectifs de la politique nécessite la contribution du secteur privé. Les contributions du secteur privé sont matérialisées par les constructions des cliniques, cabinets de soins, officines et dépôts pharmaceutiques privés etc. Le secteur privé contribue énormément par un plateau technique performant, la disponibilité des médicaments et du personnel qualifié. Membre du Cadre sectoriel de dialogue santé, le secteur privé participe à la prise décision.

5.2 Le suivi et l'évaluation

5.2.1 Le mécanisme de suivi et d'évaluation

174. Un mécanisme de suivi et d'évaluation sera mis en place et impliquera les trois ministères du secteur de planification de la santé, les collectivités territoriales, les organisations de la société civile, les partenaires techniques et financiers, les privés et les autres acteurs de développement. Des enquêtes spécifiques et des évaluations périodiques seront conduites afin d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs de la politique sectorielle-santé.

5.2.2 Les outils de suivi et d'évaluation

175. Les indicateurs de suivi permettront d'apprécier la performance du secteur planification santé, à travers la réalisation des effets attendus, des sous effets, des produits et des intrants. L'appréciation de cette chaîne des résultats permet aussi de juger l'atteinte des cibles projetées annuellement jusqu'en 2021. Ainsi, la non- évolution de certains indicateurs permettra de revoir la chaîne des résultats pour détecter les difficultés et éventuellement situer les responsabilités.

176. Le rapport de progrès élaboré trimestriellement par les DS, les DRS et les structures rattachées sera l'outil par excellence du suivi de la politique sectorielle. Le canevas du rapport devra prendre donc en compte ce volet assez explicitement. Les projets et programmes ainsi que les directions centrales intervenant pertinemment dans les activités de la politique sectorielle-santé, devront également s'astreindre à cette obligation trimestrielle de rapportage.

177. Pour permettre une bonne capitalisation, on mettra en place un dispositif de collecte, d'organisation et d'analyse de l'information relative à la mise en œuvre de la politique. Pour ce faire, il faut systématiser le rapportage, générer des connaissances nouvelles

en vue d'améliorer la mise en œuvre et partager les leçons apprises.

6. Mécanisme de financement

178. Les ressources financières qui seront mobilisées pour la mise en œuvre de la politique sectorielle du secteur de planification de la santé proviendront de l'Etat, des ménages, des partenaires techniques et financiers, du secteur privé, des collectivités territoriales et des organisations de la société civile (ONG/AD). La mobilisation de ces ressources financières tiendra compte des opportunités de financement qu'offrent les différents acteurs.
179. Le financement de l'Etat se fera à travers le budget national qui consacrera une allocation conséquente au secteur. Les efforts devront être faits à ce niveau pour que le budget alloué au secteur atteigne au minimum les 15% du budget de l'Etat conformément aux engagements des pays de la sous-région. L'Etat s'engagera également à accélérer la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle.
180. La mobilisation d'espace fiscale complémentaire privilégiera des mécanismes progressifs, en faveur notamment des quintiles les plus pauvres. Les interventions des partenaires techniques et financiers se feront conformément aux orientations définies dans la politique ainsi que dans le COMPACT. A ce titre, en plus des partenaires traditionnels du secteur, la recherche des nouveaux types de partenariat dans le domaine de la santé notamment, les fonds verts seront explorés.
181. Le secteur privé national ou international interviendra à travers le partenariat public-privé notamment l'appui à la réalisation de certaines infrastructures. Le financement privé de la politique peut être également appréhendé au niveau des structures privées de santé (formations, soins de santé, laboratoires...) qui développeront des services de santé au profit des populations.
182. Les collectivités territoriales participeront au financement de la politique grâce aux ressources mobilisées dans le cadre de la coopération décentralisée, aux transferts des migrants et à leurs ressources propres. Cela se fera conformément aux compétences transférées.
183. Les Organisations Non Gouvernementales et Associations de Développement (ONG/AD) participeront au financement de la politique à travers les ressources qu'elles mobilisent auprès d'autres partenaires dans le cadre de la mise en œuvre des initiatives de développement dans le secteur de la santé.
184. L'AMU mettra en commun des contributions de l'Etat, des PTF, des employeurs, des employés, des membres de coopératives et de mutuelles communautaires dans une

fongibilité totale. Le paquet de bénéfiques sera le même pour l'ensemble de la population. L'armée fera exception à cette mise en commun par la création de la caisse d'assurance maladie de l'armée.

185. Des contributions de l'Etat et des PTF pour les prestations non couvertes par AMU, pour les investissements et pour les activités de soutien seront mises en commun dans un panier commun virtuel. Ce panier commun virtuel montrera comment les ressources seront réparties géographiquement pour les différentes prestations, investissements, activités de soutien et activités de renforcement institutionnel et de production de référentiels. Le suivi de la mise en œuvre de ce panier commun sera assuré par un dispositif informatique de suivi intégré du financement du secteur. La mise en commun des contributions pour le renforcement institutionnel et la production de référentiels sectoriels se fera sur base de mesures sectorielles annuelles clairement définies qui découlent des actions prioritaires. Enfin la centrale d'approvisionnement en médicaments essentiels, les banques de sang et la chaîne de dépôts de vaccins resteront des mécanismes de mise en commun de produits de santé gratuits et subventionnés.
186. L'achat de services et l'allocation des ressources se feront sur base d'un suivi permanent des bénéfiques obtenus de la population, de la transparence des outils de gestion, des abus et fraudes éventuels, des retards de mise à disposition, de discrimination d'accès, d'équilibre financier des formations sanitaires etc. Sur la base de ce suivi, l'allocation sera annuellement adaptée et des mesures de formation, de contrôle et de sanction seront prises.

7. L'analyse et la gestion des risques

187. Seront considérés comme risques les événements susceptibles d'influencer négativement l'atteinte des résultats de la politique du secteur de planification santé. Il s'agit ici de la non adhésion des acteurs, de l'environnement économique défavorable, de l'expansion du faux et de la fraude, et de l'insécurité.
188. La non-adhésion des acteurs :
- La réalisation des objectifs déclinés dans la politique nécessite la participation d'autres acteurs à la mise en œuvre de la politique du secteur de la santé, notamment, les autres structures et institutions, le secteur privé et les partenaires. Leur non adhésion à la mise en œuvre de la politique peut compromettre l'atteinte des effets escomptés. Pour atténuer ce risque, des actions de communication, de sensibilisation et d'appropriation seront menées autour de la politique afin de faciliter leur adhésion.

189. L'environnement économique défavorable :

La mobilisation des ressources conséquentes pour la mise en œuvre de la présente politique dépend de la santé des économies nationale et internationale. Un environnement économique défavorable constituera un risque pour l'atteinte des résultats escomptés de la politique. Pour minimiser ce risque, une gestion efficiente des ressources sera appliquée et un nouveau type de partenariat sera développé.

190. L'expansion du faux et de la fraude :

Le secteur de la santé peut être confronté à l'expansion du faux et de la fraude pouvant compromettre la qualité des services de santé offerts. Pour atténuer ce risque, les actions de contrôle seront entreprises en collaboration avec les structures en charge du commerce et les structures douanières et sécuritaires pour s'assurer de la qualité des produits et des équipements importés.

191. L'insécurité :

L'insécurité dans certaines zones peut empêcher l'offre de service de santé de qualité aux populations concernées. Pour y remédier, des actions de sensibilisation seront organisées auprès :

- (i) des populations, en collaboration avec les services compétents pour une participation active de la population à la mise en œuvre de la politique ;
- (ii) des professionnels de santé qui devront obéir à des consignes de sécurité notamment pendant les missions de terrain.

8. Annexes

8.1 Cadre logique (global et référentiel national)

Intitulé du référentiel sectoriel :	Politique sectorielle de la santé
Impact escompté (référentiel national) :	Accélération du niveau de développement du capital humain Maîtrise de la croissance démographique annuelle/ Amorce du dividende démographique
Contribution de la PS à l'impact (OG_PS)	Améliorer l'état de santé de la population
Impacts escomptés de la PS	Impact 1 : Réduction des morbidités et de la mortalité Impact 2 : Augmentation de l'espérance de vie à la naissance Impact 3 : Amélioration du bien-être de la population

Objectif global PS : Améliorer l'état de santé de la population						
Impact 1. (Politique sectorielle) : Réduction des morbidités et de la mortalité						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence (2017)	Cibles finales PS (2027)	Hypothèses / Risques
1.1	Taux de mortalité maternelle	DSF		330 pour 100 000 NV (EMDS 2015)	242 (pour l'année 2020, CSD Santé)	- Bonne gouvernance - Assurance qualité des services de santé - Mise en place AMU - Maintien de la sécurité publique
1.2	Taux de mortalité néonatale	DSF		23,2‰ (EMDS 2015)		
1.3	Quotient de mortalité infanto-juvénile	DSF		42,7% (EMDS 2015)		
Impact 2. (Politique sectorielle) : Augmentation de l'espérance de vie à la naissance						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finales PS	Hypothèses / Risques
2.1	Espérance de vie	INSD		56,7 ans		Bonne gouvernance
Impact 3. (Politique sectorielle) : Amélioration du bien-être de la population						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finales PS	Hypothèses / Risques
3.1	IDH	INSD		0,420		
Objectif stratégique (référentiel national) : Promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique						
Objectif stratégique 1 politique sectorielle : Assurer l'accès universel aux services de santé de qualité						
Effet attendu 1.1. (Politique sectorielle) : l'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finales PS	Hypothèses / Risques
1.1.1	Indice d'utilisation de la	DSS		1,02 (annuaire		

	consultation curative			statistique santé 2016)	
1.1.2	Taux de suppuration post opératoire	DSS			
1.1.3	Rayon moyen d'action théorique	DSS		6,7 km	
1.1.4	Proportion des FS publiques certifiées de niveau A	DSS		0	
1.1.5	Proportion des FS privées certifiées de niveau A	DSS		0	
1.1.6	Pourcentage des hôpitaux publics où la pharmacie hospitalière est fonctionnelle	DGPML			
1.1.7	Nombre d'indigents couverts par l'assurance maladie universelle	MFSNF			
1.1.8	Nombre d'enfants (nombre de cas) ayant bénéficié de la gratuité des soins	DES		7 068 370 (annuaire statistique santé 2016)	
1.1.9	Nombre de femmes enceintes (nombre de cas) ayant bénéficié de la gratuité des soins	DES		2 568 522 (annuaire statistique santé 2016)	
1.1.10	Nombre de femmes en âge de procréer ayant bénéficié du dépistage gratuit du cancer du col de l'utérus	DES		8 349 (annuaire statistique santé 2016)	
1.1.11	Nombre de personnes dialysées par CHU	DSS			
1.1.12	Nombre de jours de rupture par type d'exams de radiologie spécifique (scanner, IRM)	DSS			
1.1.13	Proportion de la population couverte par l'AMU	DES			
1.1.14	Proportion de CMA disposant de 2 médecins formés en chirurgie essentielle	DRH			
1.1.15	Proportion de villages disposant d'ASBC opérationnels	DSS			
1.1.16	Nombre de séances d'IEC/CCC réalisées par	DPS		455 688 (annuaire statistique santé 2016)	

- Assurance qualité des services de santé
- Mise en place AMU
- Maintien de la sécurité publique
- Disponibilité du financement requis

	technique d'animations					
1.1.17	Nombre de personnes touchées par thème et par technique d'animation d'IEC/CCC	DPS		7415461 (annuaire statistique santé 2016)		
Effet attendu 1.2. (Politique sectorielle) : un meilleur état de santé des femmes et des enfants						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finales PS	Hypothèses / Risques
1.2.1	Taux de mortalité maternelle intra-hospitalière pour 100 000 parturientes	DSS		109,9‰ (Annuaire statistique)	80‰	
1.2.2	Taux de mortalité maternelle	DSS		330 pour 100 000 NV (EMDS 2015)	242 (pour l'année 2020, rapport de performance CSD Santé)	
1.2.3	Taux de mortalité néonatale	DSS		23,2‰ (EMDS 2015)		
1.2.5	Taux de létalité liée au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans	DSS		1,4% (Annuaire statistique)	0,9 (2019, rapport de performance CSD santé)	
1.2.6	Prévalence des MGF	MFSNF		11,3% (0-14 ans, EMC 2015)	10% (2019, Rapport de performance CSD)	
1.2.6	Proportion des districts ayant une couverture de 80% pour tous les antigènes	DPV		80%	90% (2019, Rapport de performance CSD)	
P1	Taux de couverture de CPN4	DSF		34,5%	60% (2019, Rapport de performance CSD)	
	Taux de couverture en VAT2+	DPV		93,1%	100% (2019, Rapport de performance CSD)	
	Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	DSF		80,9%	90% (2019, Rapport de performance CSD)	
	Proportion d'accouchements réalisés avec un partogramme	DSF		86,6% (annuaire statistique santé 2016)		
	Taux de césarienne	DSF		3,5%(AMS 2016)		
	Taux d'enfants complètement vaccinés avant 12 mois	DPV		56,7%(AMS 2016)		
	Taux de couverture en RR2	DPV		74%(AMS 2016)		
	Proportion des enfants de moins de 5 ans pris en charge selon l'approche PCIME	DSF		32,9% (AMS 2016)	55% (2019, Rapport de performance CSD)	
	% des enfants ayant bénéficié des 4 cycles de CPS	PNLP		105%		
	% de femmes enceintes VIH+ recevant des ARV pour la	DSF		91,6%		

	PTME					
	Proportion d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu les ARV complets pour la prévention dans les formations sanitaires	PSSLS		89,3%		
	% d'enfants nés de mères VIH+ ayant bénéficié de la PCR à 6 semaines de vie	PSSLS		0,06% (Plan PTME)	15	
	Taux de prise en charge sanitaire des personnes vulnérables	MFSNF/Fonds national de solidarité				
Effet attendu 1.3. (Politique sectorielle) : contrôle/élimination des maladies transmissibles et non transmissibles						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finales PS	Hypothèses / Risques
1.3.1	Prévalence du VIH	PSSLS		1,2 %	0,77% (Rapport performance CSD)	
1.3.2	Taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toute forme et rechute	PNT		29,8 pour 100 000		
	Taux de décès dus à la tuberculose	PNT		9,9%		
1.3.3	Létalité de la méningite	DLM		10,5% (annuaire statistique santé 2016)		
	Incidence de la dengue	DLM				
	Taux de prise en charge psychosociale des PI/PA VIH	MFSNF/CMLS				
	Proportion des personnes VIH+ qui sont sous ARV	PSSLS				
	Proportion des cas de paludisme confirmé par le TDR ou la GE	PN		82,4%		
	Taux de couverture de la chimio prévention de la filariose	DLM				
	Nombre de prestataires formés pour la prise en charge Diabète	DLM				
	Proportion de formations sanitaires (par niveau) disposant d'appareil de dosage glycémie	DLM				
	Nombre de prestataires formés pour la prise en charge du HTA	DLM				

Objectif stratégique 2. politique sectorielle: Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables						
Effet attendu 2.1. politique sectorielle :Effet attendu: l'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finale PS	Hypothèses / Risques
2.1.1	Pourcentage d'enfants avec un retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans	DN		27,3%	15% (2020, SMART)	
2.1.2	Proportion des districts sanitaires mettant en œuvre le paquet ANJE	DN		30%	80% (2020, bilan activités DN)	
	Proportion de malnutris aigus sévères pris en charge par rapport au nombre de cas attendus	DN		64%	95% (Annuaire statistique)	
	Proportion de malnutrition aiguë sévère guérie	DN		92%	95% (2020, Annuaire statistique)	
Effet attendu 2.2. politique sectorielle :!amélioration des pratiques d'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finale PS	Hypothèses / Risques
2.2.1	Proportion d'enfant mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance	DN		46,6%	69,7% (2020, SMART)	
2.2.2	Proportion d'enfants de 0 à 6 mois exclusivement allaités	DN		55%	64,2% (2020, SMART)	
	Proportion d'enfants de 6 à 8 mois ayant bénéficié d'une introduction en temps opportun d'aliments de compléments	DN		73,5%	85,5% (2020, SMART)	
	Proportion d'enfants de 6-23 mois ayant reçu une alimentation minimum acceptable	DN		20,9	26,3 (2020, SMART)	
Effet attendu 2.3 politique sectorielle :Effet attendu: renforcement des interventions de sécurités alimentaires sensibles à la nutrition						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finale PS	Hypothèses / Risques
2.3.1	Taux de couverture des besoins céréaliers des zones structurellement déficitaires	MAAH				
	Quantité de vivres stockés pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle	MAAH				
	Proportion de la population vulnérable ayant bénéficié d'un appui pour la production agricole dans les zones	MAAH				

	déficitaires					
	- Proportion des ménages vulnérables ayant bénéficié d'opérations de soutien sous forme de cash ou de food au cours de l'année	MAAH				
Effet attendu 2.4. politique sectorielle : Effet attendu: renforcement des interventions d'eau, d'hygiène et assainissement sensible à la nutrition						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finale PS	Hypothèses / Risques
2.4.1	Taux d'accès à l'eau potable	MAAH				
2.4.1	Taux d'habitat répondant aux normes de salubrité	Environnement & Assainissement				
	Proportion de villages déclarés propres (pas de défécation à l'air libre)	Environnement & Assainissement				
	Taux de formation sanitaire mettant en œuvre la stratégie de l'hygiène hospitalière	DES				
Objectif stratégique 3. politique sectorielle: Atteindre le dividende démographique par la mise en œuvre de stratégies innovantes dans les domaines de la PF, de la santé des adolescents et du Statut de la femme						
Effet attendu 3.1. politique sectorielle : Effet : le processus d'accélération de la transition démographique pour déclencher le dividende démographique est réellement mis en mouvement						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finale PS	Hypothèses / Risques
3.1.1	Indice synthétique de fécondité	DSF		5,4 (2015, EMDS)	4,7 (2020, PNDES)	
3.1.2	Prévalence de mariage d'enfants	DSF				
3.1.3	Taux de dépendance économique	M. Economie				
Effet attendu 3.2. politique sectorielle : réduction de l'indice synthétique de fécondité						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finale PS	Hypothèses / Risques
3.2.1	Indice synthétique de fécondité	DSF		5,4 (2015, EMDS)	4,7 (2020, PNDES)	
3.2.2	Prévalence contraceptive	DSF		22,5% (2015, EMDS)	32% (2020, Plan PF)	
3.2.3	Prévalence de mariage d'enfants	DSF				
	Proportion des structures offrant des services de santé aux jeunes et aux adolescents	MFSNF				
Effet attendu 3.3 politique sectorielle : amélioration du statut de la femme						
Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finale PS	Hypothèses / Risques
3.3.1	% des écoles de maris fonctionnels	DSF				
	Proportion des femmes occupant des postes nominatifs	MFSNF/SP-Conseil national				

	et électifs	pour la promotion du genre				
	Proportion de femmes entrepreneures parmi les entrepreneurs	MFSNF/Direction générale de l'autonomisation économique de la femme				
	% d'hommes accompagnant leurs femmes dans les centres de santé pour les SSR	DSF				
	Taux de scolarisation des jeunes filles	MENA				

Objectif stratégique 4. politique sectorielle: Promouvoir la bonne gouvernance

Effet : baisse de la corruption dans le secteur de la santé

Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finale PS	Hypothèses / Risques
	Classement du secteur de la santé dans le rapport du RENLAC sur la perception de la corruption au BF	RENLAC				
	Proportion d'établissements de santé disposant de bureau de réclamation fonctionnels	ITSS				
	Nombre de plaintes liées à la corruption enregistrées dans les FS	ITSS				

Effet : le pilotage et le soutien du secteur de la santé sont renforcés

	Proportion de réunions de CSD tenues	DSEC				
	Proportion des réunions des groupes thématiques tenues	DSEC				
	Proportion des réunions des équipes fonctionnelles tenues	DSEC				

Objectif stratégique 5. politique sectorielle: Promouvoir la disponibilité des ressources

Effet : les ressources humaines sont disponibles en quantité et qualité suffisantes

Code	Indicateurs d'effet	Responsables	Partenaires	Valeurs de référence	Cibles finale PS	Hypothèses / Risques
	Ratio personnel de santé (médecin, pharmacien, sage-femme, infirmier)	DRH				
	Proportion de FS remplissant	DRH				

	les normes en personnel					
Effet : le financement du secteur est assuré de façon équitable						
	La part du budget alloué au secteur de la santé	DAF				
	Taux de mobilisation des ressources	DAF				
	Taux d'absorption des ressources	DAF				
	Etat de mise en œuvre des critères de répartition des fonds selon le profil de pauvreté	DAF				
Effet : les infrastructures sanitaires sont réalisées au profit des populations						
	Proportion des CSPS de chef-lieu de commune rurale transformé en CM	DCPP				
	Nombre de CSPS construits	DCPP				
	Nombre de nouvelles infrastructures sanitaires (CHU, CHR, Centres spécialisés, CMA) fonctionnelles	DCPP				
Effet : les produits médicaux sont disponibles dans les formations sanitaires						
	Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de médicaments traceurs	DGPML				
	Pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture des examens traceurs	DGPML				
	Taux de satisfaction des demandes de produits sanguins	CNTS				
	Taux de recrutement des donneurs de sang	CNTS				
	Taux de fidélisation des donneurs de sang	CNTS				

La PSS s'étend sur dix ans de 2018 à 2027. Pour la baseline l'année 2017 est retenue comme année de référence et l'annuaire statistique 2017 a été largement utilisé, mais pour certains indicateurs les rapports d'enquête EMDS (2015), SARA (2014), SMART (2014) ont été utilisés. Pour les cibles finales de 2027, les projections doivent être évaluées par les services statistiques compétents. Nous avons utilisés les projections 2020 du PNDES quand elles sont disponibles.

8.2 Cadre de mesure de performance

Intitulé de la politique sectorielle : politique sectorielle de la santé

Objectif stratégique (référentiel national) : Promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique

Objectif stratégique 1 politique sectorielle : Assurer l'accès universel aux services de santé de qualité

Effet attendu 1.1 de la politique sectorielle : l'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous

Code	Indicateurs d'effet	Sources	Responsables	Valeurs de référence	Cibles		Réalizations					Cibles atteintes (1=Oui, 0=Non)
					2018	2027	2018	2019	2020	2021	2022	
	Taux de mortalité intra hospitalière pour 1000 par niveau : Centres hospitaliers universitaires (CHU), Centres hospitaliers régionaux (CHR) et Hôpitaux de district (HD)	Annuaire statistique santé	DES	109,9								
	Indice d'utilisation de la consultation curative (nombre de nouveaux contacts/Habitant/An)	Annuaire statistique santé	DES	1,02								
	Taux de suppuration post opératoire	Annuaire statistique santé	DES									

Effet attendu 1.2 de la politique sectorielle : un meilleur état de santé des femmes et des enfants

	Taux de mortalité maternelle intra hospitalière pour 100 000 parturientes	Annuaire statistique santé	DSF	134,6								
	Taux de transmission résiduelle du VIH de la mère à l'enfant	Annuaire statistique santé	PSSLS	8,2%	5%	2%						
	Taux de létalité lié au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans	Annuaire statistique santé	PNLT	1,4%	1,1%							
	-Proportion des districts ayant une couverture de 80% pour tous les antigènes	Annuaire statistique santé	DPV	80%	90%							
	Taux de prévalence des MGF	MFSNF	MFSNF									

Effet attendu 1.3 de la politique sectorielle : contrôle/élimination des maladies transmissibles, non-transmissibles et MTN

	Prévalence du VIH	Rapport enquête	PSSLS	0,90%								
	Taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes (pour 100 000 hts)	Annuaire statistique santé	PNT	29,8								
	Taux de décès dus à la tuberculose (%)	Annuaire statistique santé	PNT	9,9								

	Létalité de la méningite	Annuaire statistique santé	DLM									
	Incidence de la dengue	Annuaire statistique santé	DLM									
Objectif stratégique 2 politique sectorielle : Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables												
effet attendu 2.1 de la politique sectorielle : l'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré												
Code	Indicateurs d'effets	Sources	Responsables	Valeur référence	Cibles		Réalizations					Cibles atteintes (1=Oui, 0=Non)
					2018	2027	20..	20..	20..	20..	2020	
	Pourcentage d'enfants avec un retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans	Annuaire statistique santé	DN	27,3%								
	Proportion de malnutrition aigüe sévère pris en charge par rapport au nombre de cas attendus	Annuaire statistique santé	DN									
	Proportion des districts sanitaires mettant en œuvre le paquet ANJE	Annuaire statistique santé	DN									
effet attendu 2.2 de la politique sectorielle : La couverture des besoins céréaliers est assurée notamment dans les zones déficitaires												
	Taux de couverture des besoins céréaliers des zones structurellement déficitaires	MAAH	MAAH									
effet attendu 2.3 de la politique sectorielle : Renforcement des interventions d'eau, d'hygiène et assainissement sensible à la nutrition												
	Taux d'habitat répondant aux normes de salubrité	M. Env.	M. Env.									
	Proportion de villages déclarés propres (pas de défécation à l'air libre)	M. Env.	M. Env.									
	Taux de formation sanitaire mettant en œuvre la stratégie de l'hygiène hospitalière	Annuaire statistique santé										
Objectif stratégique 3 politique sectorielle : Atteindre la dividende démographique par la mise en œuvre de stratégies innovantes dans les domaines de la PF, de la santé des adolescents et du Statut de la femme												
effet attendu 3.1 de la politique sectorielle : le processus d'accélération de la transition démographique pour déclencher le dividende démographique est réellement mis en mouvement												
Code	Indicateurs d'effets	Sources	Responsables	Valeur référence	Cibles		Réalizations					Cibles atteintes (1=Oui, 0=Non)
					2017	2026	20..	20..	20..	20..	2020	
	Indice synthétique de fécondité	EMDS										
	Prévalence de mariage d'enfants	MFSNF										
	Taux de dépendance économique											
effet attendu 3.2 de la politique sectorielle : Réduction de l'indice synthétique de fécondité												
	Prévalence contraceptive	Annuaire statistique	DSF									

		santé										
	<i>Nombre de couple année protection</i>	Annuaire statistique santé	DSF									
	<i>Taux de rupture en produits contraceptifs</i>	Annuaire statistique santé	DSF									
effet attendu 3.3 de la politique sectorielle : Amélioration de l'état de santé des adolescents et des jeunes												
	Proportion des structures offrant des services de santé aux jeunes et aux adolescents	Annuaire statistique santé	DSF									
effet attendu 3.4 de la politique sectorielle : Amélioration du statut de la femme												
	% des écoles de maris fonctionnels	Annuaire statistique santé	DSF									
	<i>Proportion des femmes occupant des postes administratifs et électifs</i>	MSNF	MFSNF									
	<i>Nombre d'individus sensibilisés par rapport à l'autonomisation de la femme</i>	MFSNF	MDSNF									
	% d'hommes accompagnant leurs femmes dans les centres de santé pour les SSR	Annuaire statistique santé	DSF									
	Taux de scolarisation des jeunes filles	MENA	MENA									

8.3. Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

Rubriques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
-----------	--------	------------	--------------	---------

Rubriques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Périmètre du secteur et cadre institutionnel et organisationnel	<p>.Organisation solide et éprouvée du système de santé (Organisation pyramidale)</p> <p>.Appui des partenaires</p>	<p>.Non prise en compte de tous les intervenants pouvant impacter les déterminants de la santé</p> <p>.Insuffisance de textes appropriés régissant la circulation de l'information</p> <p>.Faible synergie d'action</p> <p>.Chevauchement des attributions</p> <p>.Le manque de séparation des rôles et fonctions d'un système de santé</p> <p>.Prise en compte marginale du secteur privé de la santé dans la gestion de l'information sanitaire, avec une faible capitalisation des acquis</p>	Volonté d'action et de synergie des acteurs	Non adhésion des acteurs n'assurant pas le leadership
Ressources humaines	<p>.Important effort de recrutement</p> <p>.Implication de l'OOAS avec la définition des curricula</p>	<p>.Inégale répartition du personnel de santé</p> <p>.Insuffisance de la formation initiale</p>	<p>Réforme hospitalière</p> <p>Mise en œuvre AMU</p>	Pression des politiques

Rubriques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Produits médicaux	<p>.Mise en place d'un mécanisme multisectoriel de lutte contre les faux médicaments</p> <p>.Existence d'un processus de sélection des MEG tous les deux ans (liste nationale des médicaments essentiels)</p> <p>.Fixation annuelle des prix des MEG par arrêté conjoint Ministère de la santé et Ministère en charge du commerce</p> <p>.Coordination de l'approvisionnement des médicaments de prise en charge des maladies prioritaires (paludisme, tuberculose, VIH/Sida, nutrition)</p>	<p>.Insuffisance de la contribution de l'Etat pour l'achat des intrants</p> <p>.Instabilité institutionnelle CAMEG</p> <p>.Insuffisance dans l'accessibilité géographique et financière</p> <p>.Ruptures récurrentes des MEG</p> <p>.Absence d'une stratégie de production pharmaceutique locale industrielle</p> <p>.Insuffisances dans le contrôle physique à l'importation et dans le contrôle pré et post-marketing des médicaments</p>	<p>.Processus sous régional d'harmonisation des textes règlementaires et de l'exercice des fonctions règlementaires pharmaceutiques</p> <p>.Perspectives de l'Assurance maladie universelle</p>	<p>.Persistance de marché illicite et de contrefaçon</p> <p>.Persistance de la faible solvabilité des DS er hôpitaux vis-à-vis de la CAMEG</p>
	<p>Réalisation d'infrastructures</p> <p>Existence des compétences en gestion logistique</p> <p>Existence de budget spécifique pour les médicaments des soins</p>	<p>Insuffisante contribution de l'Etat à l'achat des médicaments</p> <p>Faible qualité des prestations de soins</p>	<p>Perception claire des autorités et de la population de l'importance de l'approvisionnement en médicament</p> <p>Volonté politique dans la mise en œuvre des stratégies adéquates pour répondre à la demande des soins (programme d'assurance qualité, subvention des soins)</p>	<p>Faible conscience de la population sur le danger des faux médicaments</p> <p>Apparition de nouvelles maladies (Ebola, Dengue, Zika,...)</p>
Ressources matérielles	<p>Amélioration du rayon moyen d'action théorique</p>	<p>.Disparités d'accessibilité géographique entre régions</p> <p>.Faible capacité pour la maintenance des équipements</p>	<p>PPP</p>	

Rubriques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> .Accroissement annuel du budget d'Etat .Existence du compact 	<ul style="list-style-type: none"> .Faible taux d'absorption .Augmentation des fonds ciblés au détriment du panier commun .Insuffisance redevabilité des gestionnaires .Importance du paiement direct des ménages dans les dépenses de santé 	Perspectives de l'Assurance maladie universelle	Insécurité dans la sous-région
Organisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> .Développement du sous-secteur sanitaire privé à l'offre de soins d'urgence ; .Existence de dispositif de veille en matière de prévention et de gestion des épidémies .Mise en œuvre des plans stratégiques de riposte et de lutte contre les maladies. .La mise en œuvre des mesures de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ; .Amélioration de la couverture vaccinale des cibles du PEV 	<ul style="list-style-type: none"> .Mauvaise organisation des pools d'urgence ; .Faible qualité de la coordination de l'offre de soins entre les structures publiques, privées et traditionnelles .Insuffisance dans la mise en œuvre du paquet minimum d'activité dans la majorité des FS ; .Insuffisance dans la mise en œuvre des plans de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles .Faible utilisation des services à base communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> .Mise en place d'un centre régional de surveillance et de contrôle des épidémies dans l'espace sous régional (CEDEAO) .Volonté politique d'améliorer la prise en charge des urgences ; 	<ul style="list-style-type: none"> .Catastrophes naturelles (épidémies sécheresse, inondations, ...) ; .Instabilités sociopolitiques nationale et /ourégionale ; .Instabilité institutionnelle ;

Rubriques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Nutrition	<p>.Existence du Conseil National de Sécurité Alimentaire CNSA et tenue régulière de ses instances ;</p> <p>.Existence du stock national de sécurité alimentaire (SNS) ;</p> <p>.Elaboration annuelle d'un plan de réponse et de soutien aux populations vulnérables (PRSPV) ;</p> <p>.existence d'un système adéquat de détection et de prise en charge de la malnutrition (intégration de la prise en charge dans le paquet minimum d'activités, activités communautaires avec les ONG/Associations, ASBC, etc.) ;</p> <p>.Existence d'un Système d'information sur la malnutrition (enquête SMART, collecte de données en routine) ;</p> <p>.Existence de documents d'opérationnalisation de certaines interventions de nutrition (Plans ANJE et PCIMA, protocole de prise en charge, stratégie de lutte contre les micronutriments, etc.) ;</p> <p>.Existence du Fonds d'Appui à la Sécurité Alimentaire (FASA)</p>	<p>.Faible participation des acteurs nationaux (Etat & Privés) au financement ;</p> <p>.difficultés d'identification et de ciblage des ménages vulnérables ;</p> <p>.faible opérationnalisation des cadres locaux (régionale, provinciale et départementale) ;</p> <p>.Prise en compte insuffisante des questions de nutrition dans certains programmes et politiques de développement ;</p> <p>.Prise en compte insuffisante de la nutrition dans les plans et programmes de développement régionaux et communaux ;</p> <p>.Faible couverture (géographiques et cibles) des interventions spécifiques préventives et des interventions sensibles de nutrition</p>	<p>.Adhésion du Burkina aux instruments internationaux et régionaux favorables à la sécurité alimentaire et nutritionnelle (Mouvement SUN, REACH, AGIR, Cadre USAID, cadre UE, ANRS) ;</p> <p>.Inscription de la lutte contre la malnutrition dans les objectifs de développements durables (ODD2)</p> <p>.La déclaration de la décennie de la nutrition par les systèmes des nations unies</p>	<p>.Forte dépendance du financement extérieur ;</p> <p>.Catastrophes naturelles et anthropiques</p>

Rubriques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Mariage précoce des enfants	<p>.Existence d'un cadre juridique et réglementaire</p> <p>Stratégie Nationale de Prévention et d'Elimination du Mariage d'Enfants (SNPEME) 2016-2025 .Plateforme multisectorielle de prévention et d'élimination du mariage d'enfants au BF en septembre 2015.</p> <p>.L'élaboration et la mise en œuvre du projet « SukaabeRewle » ou lutte contre le mariage d'enfants de 2016-2019</p>	<p>.Retard dans la mise en œuvre du projet « SukaabeRewle »</p> <p>.Faible coordination des interventions sur le terrain ;</p> <p>.Faible accompagnement de l'Etat et des PTF dans la mise en œuvre la SNPEME ;</p> <p>.Le déphasage entre le CPF et les textes ratifiés par le BF sur certains aspects liés au mariage : le CPF fixe l'âge pour le mariage des filles à 17 ans tandis qu'au niveau international, il est de 18 ans au moins.</p>	<p>.L'intérêt manifesté par les institutions internationales dont l'UA pour le Burkina Faso dans le cadre de la promotion de l'abandon du mariage d'enfants</p> <p>.Existence d'une plateforme multisectorielle de prévention et d'élimination du mariage d'enfants au BF en septembre 2015.</p> <p>.Relecture du CPF</p>	

Rubriques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> .Surveillance hebdomadaire des stocks de produits de SR/PF .Réalisation régulière de l'enquête annuelle sur la disponibilité des produits de SR .Augmentation du pourcentage des PPS n'ayant pas connu de rupture de stock d'un produit contraceptif moderne (25,1% en 2012, 79,9% en 2013, 82,5% en 2014 et 64,1% en 2015) .PF en stratégies avancées et mobiles .Organisation de la SNPF .Expérimentation et la vulgarisation de l'uniject .Accélération de la PF/PP .Distribution à base communautaire .Mobilisation des parties prenantes dans la mise en œuvre du plan de relance 	<ul style="list-style-type: none"> .Faible implication des hommes .Analphabétisme des femmes .Faible utilisation du logiciel Channel .Insuffisance de la gestion des stocks .Non prise en compte des consommables des méthodes de longues durées dans l'expression des besoins .Insuffisance de financements des produits contraceptifs par le budget de l'Etat .Insuffisance de compétences des prestataires pour l'offre des services de PF de qualité .Faible accès des adolescents et jeunes aux services de PF .Non disponibilité des services de /PF 24 Heures/24 .Insuffisance de délégation des tâches pour les méthodes de longues durées .Faible accessibilité géographique des formations sanitaires .Insuffisance de la prise en compte des données du secteur privé et celles générées par les acteurs communautaires .Faible maîtrise de la définition des indicateurs (nouvelles utilisatrices) .Insuffisance de remplissage des outils de collecte des données 	<ul style="list-style-type: none"> .Augmentation de la demande des populations .Mobilisation pour la gratuité de la PF .Elaboration du plan national d'accélération de la PF pour la période 2017-2020 .L'engagement des jeunes et adolescents .L'existence des centres jeunes .L'engagement des leaders communautaires .La promotion de la SR en milieu scolaire .L'implémentation des nouvelles stratégies (pugsid songo, école des maris,...) .L'accès aux méthodes de planification et à l'information en matière de procréation est un droit reconnu par de nombreux textes internationaux et nationaux (Loi SR, CPF, loi sur les VBG). .Autonomisation 	<ul style="list-style-type: none"> .L'arrêt ou la réduction drastique des financements .Méconnaissance des droits en matière de SR/PF .Attitudes des porteurs d'obligation .Faible pouvoir d'achat des femmes .Persistance des pesanteurs socioculturelles .Multiplication des sites d'orpaillage

8.4. Equipe de rédaction

N°	Structure	Nom Prénoms	Observations
1	DGESS/Santé	Dr DIPAMA S. Sylvain	Superviseur
2.	DFP/Santé	Dr OUEDRAOGO Bassirou	Président
3.	PT/CSPS/CM	Dr NITIEMA P. Abdoulaye	Membre
4.	DSEC	M. DRABO Mamadou	Membre
5.	DSF	M. ZAGRE Stéphane	Membre
6.	DSEC	Dr NONKANI Gérard	Rapporteur
7.	DGEP/MINEFID	M. SAWADOGO Pingdebamba	Membre
8.	DGESS /MFSNF	M. SORO Ousséini	Membre
9.	DGESS/MAAH	M. BANDAOGO Brahima	Membre
10.	DN	M. BASSOLET Léonard	Membre
11.	DAF	M. SANDWIDI Moïse	Membre
12.	DGPML	Dr OUEDRAOGO Aimé	Membre
13.	DES	Mme DISSA Kadidia	Membre
14.	ELTD/UE	Dr OUATTARA Oumar	Consultant