

**MINISTRE DE LA SANTE,
DE L'HYGIENE PUBLIQUE
ET DU BIEN-ÊTRE**

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2021-2030

Version validée

Octobre 2021

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	iii
LISTE DES FIGURES ET DES CARTES.....	iii
PRÉFACE.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉLABORATION DU PNDS 2021-2030..	2
CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PNDS 2021-2030 .	4
CHAPITRE III : GÉNÉRALITÉS.....	6
3.1. Situation géographique	6
3.2. Organisation administrative.....	6
3.3. Situation démographique	6
3.4. Situation économique.....	7
3.5. Situation socioculturelle	8
3.7. Situation sécuritaire et humanitaire	10
3.8. Situation des technologies de l'information et de la communication	10
CHAPITRE IV : ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE	11
4.1. Contexte mondial	11
4.1.1. Déclaration des Nations Unies du Millénaire pour le développement.....	11
4.1.2. Santé globale	12
4.1.3. Une seule santé – One Health.....	12
4.1.4. Transition épidémiologique et transition sanitaire	12
4.2. Organisation et réformes du système de santé du Burkina Faso	13
4.2.1. Fondements historiques de l'organisation du système de santé	13
4.2.2. Cadre juridique de la santé et du droit à la santé	14
4.2.3. Pyramide sanitaire	14
4.2.4. Réformes au niveau du secteur de la santé.....	16
4.3. État de santé de la population	20
4.3.1. Analyse selon les piliers du système de santé.....	20
4.3.2. Promotion de la santé, communication et analyse des déterminants	45
4.4. Prise en compte du genre, de l'équité et des droits humains dans le secteur de la santé	51
4.5. Performance du système de santé	52
4.6. Points forts, points à améliorer, opportunités et menaces.....	54
4.6.1. Leadership Gouvernance	54
4.6.2. Prestations de services.....	55
4.6.3. Ressources humaines	56
4.6.4. Infrastructures, équipements, matériels, maintenance	57
4.6.5. Approvisionnements en médicaments, technologies et produits de santé	57
4.6.6. Information sanitaire et recherche	58
4.6.7. Financement.....	59
4.6.8. Opportunités.....	59
4.6.9. Menaces.....	60
4.7. Problèmes prioritaires/défis	60
4.7.1. Problèmes prioritaires.....	60
4.7.2. Défis majeurs	63
CHAPITRE V. CADRE STRATÉGIQUE DU PNDS 2021-2030.....	65
5.1. Rappel des référentiels	65
5.2. Définition de la stratégie.....	66
5.2.1. Vision	66
5.2.2. Fondements	66

5.2.3. Valeurs et principes directeurs.....	67
5.3. Objectif global	68
5.4. Résultats.....	69
5.4.1. Changement souhaité	69
5.4.2. Orientations stratégiques.....	69
5.4.3. Construction du changement.....	71
5.5. Hypothèses, risques externes au système et mesures d'atténuation.	90
5.5.1. Conditions ou hypothèses favorables	90
5.5.2. Risques externes au système, hypothèses et mesures d'atténuation.	90
CHAPITRE VI : DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ÉVALUATION	93
6.1. Cadre de mise en œuvre	93
6.1.1. Mécanismes institutionnels de pilotage, de coordination et d'exécution.....	93
6.1.2. Les organes consultatifs.....	97
6.2. Acteurs de la mise en œuvre	98
6.3.1. Un plan.....	100
6.3.2. Un budget.....	101
6.3.3. Un rapport	104
6.4. Cadre de suivi et d'évaluation	105
6.4.1 Cadre de performance/mesure de rendement.....	105
6.4.2 Mécanismes de suivi	105
6.4.3 Mécanismes d'évaluation	105
CHAPITRE VII : BUDGÉTISATION DU PLAN.....	106
7.1. Estimation des coûts	106
7.1.1. Cadrage budgétaire	106
7.1.2. Hypothèses de calcul des coûts des interventions.....	106
7.1.3. Tendances et besoins financiers globaux du PNDS 2021-2030.....	107
7.1.4. Scénarii de financement du PNDS	115
7.2. Estimation des gains de productivité grâce à la survie des enfants de moins de 5 ans ..	116
CHAPITRE VIII : CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE.....	117
CONCLUSION	122
ANNEXES	xiii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Évolution des couvertures vaccinales en pourcentage au niveau national de 2011 à 2020	24
Tableau II : Évolution des infrastructures sanitaires au niveau national de 2011 à 2020.....	40
Tableau III : Niveau de satisfaction des bénéficiaires des services de santé au cours de l'évaluation finale du PNDS 2011-2020	53
Tableau IV : Construction du changement souhaité	71
Tableau V : Orientations stratégiques, axes d'interventions et actions prioritaires du PNDS 2021-2030	74
Tableau VI : Évolution des prévisions budgétaires du PNDS 2021-2030 en fonction de l'orientation stratégique en millions de FCFA.....	110
Tableau VII : Budget estimatif du PNDS 2021-2030 par scénario.....	115
Tableau VIII : Évolution des indicateurs du PNDS de 2011 à 2020.....	xiv
Tableau IX : Alignement des orientations stratégiques du PNDS 2021-2030 sur les référentiels	xvi
Tableau X : Cadre logique global axé sur les résultats du PNDS 2021-2030.....	xiii
Tableau XI : Matrice des réformes stratégiques et investissements structurants du PNDS 2021-2030	xviii

LISTE DES FIGURES ET DES CARTES

Figure 1 : Variation de l'incidence de pauvreté par région et milieu de résidence	8
Figure 2 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso en 2020	16
Figure 3 : Volume des prestations et couverture financière de la gratuité des soins	19
Figure 4 : Évolution des taux de couverture en CPN4 et des accouchements assistés par du personnel qualifié de 2011 à 2020.....	22
Figure 5 : Évolution du nombre de contacts/hab/an dans la population générale et chez les moins de 5 ans de 2011 à 2020	23
Figure 6 : Évolution des prévalences de la malnutrition au niveau national de 2011 à 2020	25
Figure 7 : Prévalence de la malnutrition aiguë, chronique et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0-59 mois par âge et par sexe (référence WHO, 2006)	26
Figure 8 : Évolution de la prévalence du VIH dans la population des 15-49 ans en 2020	28
Figure 9 : Prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans en 2020.....	29
Figure 10 : Prévalence du VIH dans la population des 15-49 ans en 2020	29
Figure 11 : Évolution des cas et des décès de méningite de 2010 à 2020.....	30
Figure 12 : Évolution des effectifs de quelques profils de 2011 à 2020 au niveau national	36
Figure 13 : Répartition des effectifs du personnel en fonction du sexe et de la région en 2019	37
Figure 14 : Évolution des dépenses de santé en millions de 2011 à 2019 au niveau national ...	42
Figure 15 : Évolution des dépenses de santé par tête d'habitant de 2011 à 2019 au niveau national	43
Figure 16 : Taux d'accès à l'eau potable en 2020 en fonction de la région	46
Figure 17 : Taux d'accès à l'assainissement en 2019 et 2020 en fonction de la région	46
Figure 18 : Alignement sur les référentiels nationaux et mondiaux	66
Figure 19 : Cycle de planification, d'exécution et de suivi du PNDS	101
Figure 20 : Proportion par an des prévisions budgétaires du PNDS 2021-2030	108
Figure 21 : Répartition du budget par orientation stratégique	109
Figure 22 : Répartition du budget du PNDS par programme budgétaire	111

Figure 23 : Répartition du budget du PNDS par principales actions prioritaires	112
Figure 24 : Budget par niveau de soins	113
Figure 25 : Répartition du budget par catégorie de dépense	113
Figure 26 : Schéma du dispositif d'élaboration du PNDS 2021-2030.....	xiii
Figure 27 : Théorie de changement du PNDS	xiii

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGSP	: Agence nationale de gestion des soins primaires
ANRP	: Agence nationale de régulation pharmaceutique
ASBC	: Agents de santé à base communautaire
BAD	: Banque africaine de développement
CAMEG	: Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
CASEM	: Conseil d'administration du secteur ministériel
CDMT	: Cadre de dépenses à moyen terme
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CNAMU	: Caisse nationale d'assurance maladie universelle
CNPD	: Commission nationale de planification du développement
CNTS	: Centre national de transfusion sanguine
COGES	: Comité de gestion
COVID-19	: Maladie à coronavirus 2019
CPN4	: Quatrième consultation prénatale
CRS/PNDS	: Comité régional de suivi du plan national de développement sanitaire
CRD	: Cadre régional de dialogue
CSD	: Cadre sectoriel de dialogue santé
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CSS	: Conseil supérieur de la santé
CSU	: Couverture sanitaire universelle
EIS	: Études d'impact en santé
DBC	: Distribution à base communautaire
DBM	: Déchets biomédicaux
DGESS	: Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DMEG	: Dépôt de médicaments essentiels génériques
DPPD	: Documents de programmation pluriannuelle des dépenses
DRS	: Direction régionale de la santé
DS	: District sanitaire
EA	: Effet attendu
EDS	: Enquête démographique de santé
EF	: Équipe fonctionnelle
EMC	: Enquête multisectorielle continue
ENDOS	: Entrepôt national des données sanitaires
EPA	: Enquête permanente agricole
EPS	: Établissement public de santé
FAO	: Fonds mondial pour l'alimentation
FARES	: Fonds d'appui à la recherche en santé
FDAL	: Fin de défécation à l'air libre
FS	: Formations sanitaires
GAR	: Gestion axée sur les résultats

GT	: Groupes thématiques
HD	: Hôpital de district
HPV	: Human papillomavirus (Virus du papillome humain)
HTA	: Hypertension artérielle
IDE	: Infirmier diplômé d'État
IDH	: Indice de développement humain
IFC	: Individu famille communauté
IGR	: Interventions à gain rapide
INSP	: Institut national de santé publique
ISF	: Indice synthétique de fécondité
IST	: Infection sexuellement transmissible
JANS	: Joint assessment of national health strategies (Evaluation conjointe des stratégies nationales de santé)
ENSP	: Ecole nationale de santé publique
LMD	: Licence master doctorat
MILDA	: Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action
MNT	: Maladie non transmissible
MTN	: Maladie tropicale négligée
NU	: Nations unies
OBC	: Organisation à base communautaire
ODD	: Objectifs de développement durable
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONASER	: Office national de la sécurité routière
ONG	: Organisation non gouvernementale
OS	: Orientation stratégique
PADS	: Programme d'appui au développement sanitaire
PCD	: Plan communal de développement
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDI	: Personne déplacée interne
PEC	: Prise en charge
PIB	: Produit intérieur brut
PMA	: Paquet minimum d'activités
PNDES	: Plan national de développement économique et social
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PSL	: Produits sanguins labiles
PSS	: Politique sectorielle santé
PTF	: Partenaires technique et financier
PTME	: Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	: Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
RAMU	: Régime d'assurance maladie universelle
RSI	: Règlement sanitaire international
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
RHS	: Ressources humaines pour la santé
SIDA	: Syndrome de l'immunodéficience acquise

SNIS	: Système national d'information sanitaire
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SR/PF	: Santé de la reproduction/planification familiale
SRMNEAN-ECSV	: Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et nutrition-état civil et statistiques vitales
TIC	: Technologie de l'information et de la communication
UA	: Union africaine
UE	: Union européenne
UEMOA	: Union économique et monétaire ouest-africaine
UNFPA	: Fonds des nations unies pour la population
UNICEF	: Fonds des nations unies pour l'enfance
VBG	: Violences basées sur le genre
WISN	: Workload indicators of staffing need (Indicateurs de la charge de travail des besoins en personnel)

PRÉFACE

Depuis des décennies, le Ministère de la santé s'est engagé dans un processus de planification sectorielle afin de répondre efficacement aux problèmes de santé qui entravent le développement du Burkina Faso.

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020, deuxième du genre élaboré en 2011, a permis d'obtenir des résultats significatifs selon son évaluation finale surtout au cours des cinq (5) premières années de sa mise en œuvre. Cela s'est traduit par une amélioration constante des indicateurs d'utilisation des services préventifs et curatifs, de l'offre des services de santé, de l'accessibilité des populations aux services de santé et de la gouvernance. Durant les cinq dernières années de mise en œuvre, l'amélioration de certains indicateurs s'est poursuivie notamment le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an qui a été doublé comparativement à la cible fixée. La dégradation de la situation sécuritaire à partir de l'année 2016, les mouvements sociaux et la pandémie de la maladie à corona virus-19 (COVID-19) apparue en 2019 ont ralenti voir impacté négativement le niveau d'autres indicateurs qui n'ont pas atteint leur cible souhaitée notamment le taux de césariennes, la CPN4, la prévalence contraceptive, la disponibilité en médicaments. Les indicateurs d'impact ont progressé mais aucun n'a atteint sa cible.

Les défis qu'il convient de relever sont donc, entre autres, la réduction de la mortalité, la levée de la barrière financière aux soins de santé par l'accélération de la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle, une plus grande mobilisation et une gestion efficiente des ressources en faveur de la santé par l'application des principes d'harmonisation et d'alignement des interventions de l'ensemble des acteurs, une disponibilité en ressources humaines de qualité, motivées, le renforcement des performances et de la résilience du système de santé au niveau communautaire et dans nos hôpitaux pour réagir promptement et efficacement aux urgences/crises sanitaires, l'accélération de la transition démographique, l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes et des enfants. Sur le plan de la gouvernance, il s'agira de renforcer le leadership, la transparence, l'équité, la redevabilité et la prise en compte du genre à tous les niveaux.

Le PNDS 2021-2030 s'inscrit dans la perspective de relever les défis ci-dessus évoqués et accélérer l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) d'ici 2030 et la couverture sanitaire universelle (CSU). Ce plan a été élaboré selon une approche participative avec une implication de tous les acteurs du secteur à différents niveaux selon le concept « un plan, un budget, un rapport ». Il vise à opérationnaliser la politique sectorielle santé (PSS) 2018-2027 tout en tenant compte des orientations du Plan national de développement économique et social (PNDES II) 2021-2025. Il est le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Aussi, j'exhorte tous à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

Pr Charlemagne Marie Ragnag-Néwendé OUEDRAOGO

Chevalier de l'Ordre de l'Étalon

RÉSUMÉ

Dans sa quête de contribuer au bien-être des populations, le Ministère de la santé a élaboré et mis en œuvre plusieurs référentiels de développement sanitaire. Le dernier en date est le PNDS 2011-2020 dont la deuxième phase (PNDS 2016-2020) a été exécutée dans un contexte de double crise sécuritaire et sanitaire. Le PNDS est l'instrument de mise en œuvre de la politique nationale du secteur santé.

La mise en œuvre du PNDS 2011-2020 a permis d'engranger des acquis en termes de construction et d'équipement de formations sanitaires, de mise à disposition de personnel de santé, d'accès aux services de santé maternelle et infantile à travers l'introduction de la gratuité de certains soins. Cela s'est traduit entre autres par l'augmentation du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans de 3,3 en 2019 pour une cible attendue d'au moins 2 en 2020 et la réduction du rayon moyen d'action qui est passée de 7,34 en 2010 à 6,2%¹ en 2020. Cependant, en dépit de ces acquis le pays reste confronté à plusieurs défis. En effet, le système sanitaire reste confronté à la persistance de l'inaccessibilité physique et financière des populations aux services de santé, la faiblesse en nombre et en qualité selon les normes du personnel de santé et leur inégale répartition géographique, des niveaux élevés de morbidité et de mortalité, à la malnutrition, à une forte natalité et à une faible capacité de la réponse aux situations d'urgences sanitaires.

Pour relever ces défis, le Ministère de la santé avec l'appui des Partenaires au développement a entrepris la formulation d'un nouveau plan décennal. L'élaboration de ce plan, troisième du genre depuis 2000, s'inscrit dans la vision « un plan, un budget, un rapport » initiée par le ministère de la Santé en juin 2020. Le concept a été retenu comme cadrage de ce référentiel afin d'intensifier les interventions nationales prioritaires pour aider à atteindre les objectifs nationaux à travers une coopération au développement efficace, une vision et une stratégie communes et connues, un choix d'interventions à fort impact basé sur les preuves et une utilisation efficiente des ressources. Le PNDS est le résultat d'un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé sur les priorités du secteur pour la période 2021-2030.

Le PNDS 2021-2030 s'inspire des orientations politiques et programmatiques nationales contenues dans la PSS 2018-2027 et le PNDES II, ainsi que sur les préoccupations majeures identifiées dans l'analyse de la situation sanitaire. Cette analyse de la situation s'est nourrie des résultats de l'évaluation finale du PNDS 2011-2020, des résultats des évaluations des autres programmes prioritaires du ministère ainsi que des rapports contributifs élaborés par les parties prenantes. Le PNDS intègre la réforme du budget programme et les ODD dans la perspective de permettre au Burkina Faso de répondre à son engagement pris pour l'horizon 2030.

¹ Rapport d'évaluation finale du PNDS 2011-2020

Les problèmes prioritaires à résoudre durant la décennie sont : (i) la performance non satisfaisante du leadership et de la gouvernance à tous les niveaux du secteur de la santé, (ii) la production et la gestion non adéquates des ressources humaines en santé, (iii) l'insuffisance du financement de la santé et la gestion peu efficiente, (iv) la gestion et l'utilisation peu performantes de l'information sanitaire, (v) l'insuffisance et la faible qualité des prestations de service de santé à tous les niveaux de soins et en particulier pour les groupes vulnérables, (vi) l'insuffisance, l'hétérogénéité, l'inadaptation et la défaillance de la maintenance des infrastructures, des équipements et de la logistique, (vii) la faible accessibilité et qualité des produits de santé (y compris les produits sanguins labiles) pour les populations.

S'inscrivant dans la vision de la Politique Sectorielle Santé (PSS) 2018-2027, l'objectif global du plan est d'améliorer l'état de santé de la population d'ici fin 2030.

La stratégie s'opérera à travers cinq (5) orientations que sont : (i) le renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, d'équité, de redevabilité et de prise en compte du genre, (ii) le développement des ressources humaines pour la santé, (iii) l'augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU), (iv) l'adoption par la population d'un mode de vie et des comportements favorables à la santé et (v) l'amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires. Chacune de ces orientations stratégiques est traduite en axes d'interventions et en actions prioritaires.

Au total vingt-trois (23) produits et cinq (5) effets sont définis dans la chaîne de résultats. La réalisation des produits et des effets aura pour impact « l'amélioration de l'état de santé de la population ».

La mise en œuvre du PNDS 2021-2030 se fonde sur l'approche « un plan, un budget, un rapport », en fonction des attributions de chacun et de manière conjointe avec l'ensemble des acteurs. Cette approche vise à i) renforcer davantage le leadership du Ministère de la santé dans la conduite de la mise en œuvre du PNDS autour duquel adhère l'ensemble des partenaires ii) renforcer le partenariat et une mobilisation coordonnée des ressources en faveur du PNDS, iii) mettre en œuvre l'alignement des interventions et l'harmonisation fiduciaire des mécanismes de l'aide au développement et iv) renforcer la coordination technique.

Des plans stratégiques spécifiques et triennaux seront élaborés en déclinant les actions prioritaires retenues en activités opérationnelles.

Le dispositif institutionnel de mise en œuvre comprendra : i) le Cadre sectoriel de dialogue santé, instance nationale de pilotage présidé par le Ministre de la santé, ii) le Comité technique du suivi de la mise en œuvre du PNDS présidé par le Secrétaire général du

Ministère de la santé. Dans l'esprit de l'approche intégrée des services et d'économie des ressources, des groupes thématiques (GT) seront définis, à savoir un GT par programme budgétaire. Le groupe thématique peut comprendre un ou plusieurs sous-groupes appelés équipes fonctionnelles (EF).

Le PNDS 2021-2030 est accompagné d'un plan spécifique de suivi et d'évaluation pour assurer un suivi optimal de sa mise en œuvre. De ce fait, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du PNDS seront réalisées. D'autres documents annexes seront élaborés notamment le manuel d'harmonisation et d'alignement du secteur de la santé, le plan de communication et le compact.

Le cadrage financier du PNDS 2021-2030 s'est fait sur la base des données programmatiques utilisant l'outil de budgétisation OneHealth. Le scénario moyen a permis de dégager un budget prévisionnel du PNDS 2021-2030 à 8 910,78 milliards de F.CFA, soit 15,974 milliards de dollars US.

La gestion des ressources financières du PNDS 2021-2030 respectera les principes de la vision « un plan, un budget, un rapport » : i) l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS, ii) l'utilisation des procédures nationales de gestion, iii) l'harmonisation des principes d'intervention, iv) la gestion axée sur les résultats, v) la responsabilité mutuelle, à travers des mécanismes de suivi et de contrôle renforcés.

Les principaux risques qui pourraient compromettre la réalisation des ambitions du PNDS 2021-2030 et pour lesquels des mesures d'atténuation devraient être développées sont : (i) l'effritement de la cohésion sociale et de la paix, (ii) l'instabilité sociopolitique (iii) la crise sanitaire, (iv) l'incertitude du financement, (v) l'aggravation de l'insécurité et (vi) les aléas climatiques.

INTRODUCTION

La constitution du Burkina Faso reconnaît le droit à la santé. Ses dispositions préconisent que : le droit à la santé est reconnu et l'État œuvre à le promouvoir². Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) traduit la volonté du Gouvernement à travers le ministère de la Santé (MS) et de ses partenaires d'apporter des réponses aux questions de santé de la population du Burkina Faso. Le PNDS 2021-2030 a pour enjeu fondamental le maintien et l'amélioration de la santé de la population à travers l'effectivité de la Couverture sanitaire universelle (CSU) pour laquelle le renforcement des soins de santé primaires (SSP) constitue une priorité majeure. Cela permettra la réalisation des Objectifs de Développement durable (ODD) notamment l'objectif numéro 3.

Le Ministère de la santé est à sa troisième expérience de formulation d'un Plan décennal après le PNDS I (2001-2010) et le PNDS II (2011-2020). Le PNDS 2021-2030 est aligné sur les ODD (2015-2030), le Plan national de développement économique et social 2021-2025 (PNDES II), la Politique sectorielle santé (PSS) 2018-2027, la stratégie nationale genre 2020-2024 et les nouvelles priorités du secteur de la santé. Il est cohérent avec la directive n°06/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009, portant loi de finances au sein de l'UEMOA qui se traduit par la mise en place du budget programme. Il tient également compte des résultats et des leçons apprises de la mise en œuvre du PNDS 2011-2020.

Ce document-cadre permet de guider l'action de l'ensemble des acteurs du développement sanitaire au Burkina Faso par l'institutionnalisation des principes d'harmonisation et d'alignement des partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé du Burkina Faso selon le concept « un plan, un budget et un rapport ».

Un plan de suivi et d'évaluation, un compact et un plan de communication sont également élaborés pour accompagner la mise en œuvre du PNDS.

Ce document s'articule autour de neuf (9) points : (i) le contexte et la justification ; (ii) la méthodologie et le processus du développement du PNDS 2021-2030 ; (iii) les généralités ; (iv) l'analyse de la situation sanitaire ; (v) les problèmes prioritaires/défis ; (vi) le cadre stratégique ; (vii) le cadre de mise en œuvre et de suivi/évaluation, (viii) les prévisions budgétaires et (ix) les conditions de mise en œuvre.

² Constitution du Burkina Faso, 2 juin 1991

CHAPITRE I : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉLABORATION DU PNDS 2021-2030

En septembre 2015, la communauté internationale a adopté un nouveau programme qui définit dix-sept (17) Objectifs de développement durable (ODD) déclinés en cent soixante-neuf (169) cibles. Ces objectifs, intégrant les trois (3) dimensions du développement durable (économique, sociale et environnementale), devraient permettre d'éradiquer la pauvreté, de lutter contre les inégalités et l'injustice, et de faire face aux changements climatiques durant les quinze prochaines années. L'ODD3 concerne la santé et la cible 3.8 est en faveur de la mise en place de la Couverture sanitaire universelle (CSU).

Au niveau continental, l'Agenda 2063 constitue le nouveau cadre stratégique pour le développement durable de l'Afrique. Il est articulé autour de sept domaines prioritaires : (i) la croissance inclusive et le développement durable ; (ii) l'intégration et l'unité ; (iii) la bonne gouvernance, la démocratie, les droits de l'homme, la justice et l'État de droit ; (iv) la paix et la sécurité ; (v) la culture et les valeurs communes ; (vi) le développement humain ; et (vii) l'Afrique en tant qu'acteur et partenaire mondial.

Le Burkina Faso s'est doté de référentiels stratégiques au niveau du secteur de la santé en vue d'un développement harmonieux et intégré du pays.

La vision de la prospective Burkina 2025 est : « une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale ». Sur le plan de la santé cette vision se décline comme étant : « le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant ». Cette prospective a été initiée par le Gouvernement du Burkina Faso et a permis la création d'un cadre prospectif de référence dont l'objectif est de renforcer les capacités nationales d'anticipation et de gestion stratégique concertée du développement. Ainsi, le MS a conduit une étude prospective sectorielle de la santé à l'horizon 2030 en 2011. Cette étude diagnostique du système de santé s'inscrit dans la réalisation de la prospective sanitaire dans le long terme. En 2021, le PNDES II pour la période 2021-2025 a été élaboré. Ce référentiel national, en lien étroit avec le Programme présidentiel, oriente et guide toutes les actions de développement dans tous les secteurs d'activités. Pour sa mise en œuvre, quatorze (14) secteurs de planification ont été identifiés parmi lesquels le secteur de planification santé qui a en charge l'exécution de l'axe stratégique n°3 du PNDES II relatif au « développement du capital humain ». Le secteur de planification santé a élaboré en septembre 2017 une PSS 2018-2027.

Le Burkina Faso s'est engagé depuis le 1^{er} janvier 2017 dans une démarche de gestion axée sur les résultats à travers l'approche budget programme en réponse à la directive n°06/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009, portant loi de finances au sein de l'Union

Économique et monétaire Ouest africain (UEMOA). Cette réforme majeure entreprise vise l'amélioration de l'efficacité de l'action publique et l'instauration d'une véritable transparence et de redevabilité dans la gestion publique en rendant notamment plus lisibles les actions de développement à la fois pour le parlementaire que pour le citoyen.

Dans le secteur de la santé, l'adoption de cette réforme a abouti à la définition de quatre (4) programmes que sont :

- le programme «055–Offre de soins » ;
- le programme «056–Santé publique » ;
- le programme «057–Pilotage et soutien des services de santé » ;
- le programme «146–Accès aux produits de santé ».

La mise en œuvre du PNDS 2011-2020 étant arrivée à échéance, son évaluation a permis de noter des acquis. Toutefois, des défis demeurent. Aussi, pour relever ces défis et répondre aux dispositions de la loi 034-2018/AN du 27 juillet 2018 portant pilotage et gestion du développement, le processus de formulation du référentiel national de développement sanitaire (PNDS 2021-2030) a été enclenché.

CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PNDS 2021-2030

Le Ministère de la Santé du Burkina Faso s'est engagé avec ses Partenaires au développement à élaborer le PNDS 2021-2030 suivant l'approche « un plan, un budget et un rapport ». L'idée de cette approche est que les plans et les budgets de tous acteurs du secteur de la santé se reflètent dans un plan stratégique national consensuel et dont le suivi de la mise en œuvre s'opère sur la base d'un ensemble d'indicateurs consensuels.

Pour cela, le PNDS a été élaboré avec l'implication de toutes les parties prenantes (les acteurs du système de santé y compris le secteur privé de santé et les acteurs de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, les PTF, la société civile, les institutions et autres départements ministériels, les Burkinabè de l'extérieur et des personnes ressources, etc).

Pour être en phase avec les réalités socio sanitaires de notre pays, les différentes parties prenantes ont élaboré des rapports contributifs qui ont permis d'approfondir l'analyse de la situation sanitaire actuelle, de dégager les insuffisances/problèmes qui se posent et de définir les priorités futures pour le PNDS 2021-2030. Le plan s'est nourri donc des apports des consultations de ces entités pour la définition des priorités de développement sanitaire.

L'élaboration du nouveau PNDS a nécessité la mise en place de comités (comité de pilotage, comité technique) et d'un secrétariat. Au sein du comité technique, une équipe de rédaction a été mise en place. Cette dernière s'est appuyée sur les travaux des équipes fonctionnelles, des comités régionaux de suivi du PNDS qui ont été également mis à contribution et des autres acteurs. Son élaboration a été placée sous la responsabilité du Cadre Sectoriel de Dialogue santé (CSD) qui en est l'organe d'orientation et de validation (confère dispositif organisationnel figure 26 en annexe). Elle a été effectuée en plusieurs étapes en virtuel et en mode présentiel :

- rencontres préparatoires tenues depuis le mois de juin 2020 ;
- rencontres de plaidoyer au niveau central et dans les régions sur le concept « un plan, un budget, un rapport » ;
- lancement officiel le 4 février 2021 ;
- renforcement des capacités des acteurs ;
- rencontres consultatives et dialogue avec les parties prenantes ;
- assistance technique à travers le recrutement de consultants ;
- réunions de travail des différents groupes ;
- revues documentaires, collecte et analyse de données ;
- ateliers d'élaboration, d'amendement et de validation du plan ;

- présentation du PNDS à la Commission nationale de planification du développement (CNPD) ;
- élaboration des documents annexes ;
- adoption du PNDS ;
- édition et diffusion ;
- table ronde des Bailleurs de fonds.

En plus des référentiels nationaux, l'élaboration du PNDS a pris en compte les orientations et recommandations normatives internationales en matière de planification stratégique notamment celles relatives à la charte d'Ottawa et à la déclaration de Mexico.

Elle a été guidée par les principes fondés sur des preuves, une méthodologie scientifique et l'approche « un plan, un budget et un rapport » afin de renforcer la mise en œuvre de la déclaration de Paris à travers l'alignement des partenaires techniques et financiers et les autres acteurs du secteur sanitaire. L'institutionnalisation de l'approche vise donc à potentialiser le rendement des interventions nationales prioritaires pour aider à atteindre les objectifs nationaux à travers une coopération au développement efficace, une vision et une stratégie commune et connue, un choix d'interventions à fort impact et scientifiquement prouvées et une utilisation efficiente des ressources.

Les ressources humaines, matérielles et financières ont été mobilisées par l'État et les partenaires au développement.

CHAPITRE III : GÉNÉRALITÉS

3.1. Situation géographique

Le Burkina Faso est un pays sahélien, enclavé, d'une superficie d'environ 274 200 km² et limité par le Mali (Nord-Ouest), le Niger (Nord-Est), le Bénin (Sud-Est) et la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo (Sud). Le climat est tropical de type soudanien dans son ensemble, alternant une saison sèche de novembre à avril et une saison pluvieuse de juin à septembre. Les mois d'octobre et de mai sont des mois de transition³. La végétation est de type soudano-sahélien avec une pluviométrie moyenne annuelle variant de 300 mm au Nord à plus de 1200 mm au Sud-ouest.

3.2. Organisation administrative

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 351 départements, 351 communes et 8824 villages. Depuis 1993, le Burkina Faso s'est engagé dans une politique de décentralisation accompagnée d'une déconcentration des services de l'État pour renforcer les capacités des collectivités territoriales.

3.3. Situation démographique

Avec un taux d'accroissement démographique de 3,1% et de 2,9% par an respectivement sur les périodes 1996-2006 et 2006-2019, la population burkinabè croît à un rythme élevé faisant passer l'effectif de la population de 10 312 609 habitants en 1996 à 14 017 262 habitants en 2006 puis 20 487 979 habitants en 2019. Cette population compte plus de femmes que d'hommes avec 51,7% de femmes en 2019. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 46,68% de l'ensemble de la population féminine et 24,14% de la population totale du pays soit en termes absolus 4 945 131 femmes en âge de procréer en 2019. La population est en majorité rurale et analphabète. En 2019, 73,7% de la population vivaient en milieu rural contre 26,3% en milieu urbain⁴. Seulement 23% des femmes et 38% des hommes sont considérés comme étant alphabétisés et les proportions de femmes et d'hommes sans niveau d'instruction s'élevaient à 74% et 59% respectivement⁵. Ainsi, les femmes sont plus défavorisées que les hommes en matière d'accès à l'éducation. La proportion des femmes sans instruction est plus de 2 fois plus élevée en milieu rural (86,5%) qu'en milieu urbain (40,1%). Ces inégalités d'accès à l'éducation chez les femmes s'observent également entre les régions, les plus défavorisées étant le Sahel (92,4% sans instruction), l'Est (89,0%) et le Centre-Nord (87,1%).

³ T. Bakari Sankara, Mémoire de maîtrise en géographie, 2010, « Variabilité climatique et gestion des ressources : cas de la forêt classée et réserve partielle de Gonsé, Université de Ouagadougou

⁴ Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso, Résultats préliminaires septembre 2020

⁵ INSD, 2012

De la forte croissance démographique résulte une population à forte composante jeune. En effet, les enfants de moins de 5 ans et ceux de moins de 15 ans représentent respectivement 16,21% et 45,31% de l'ensemble de la population et seulement 3,35 % ont 65 ans ou plus⁶. Cette situation se traduit par un rapport de dépendance d'environ 100%.

La forte croissance et la jeunesse de la population sont la résultante d'une fécondité élevée et d'une mortalité également élevée, bien qu'en baisse. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 6,2 enfants par femme en moyenne en 2003 à 6,0 en 2010 (EDS 2010) puis à 5,4 en 2015. Les femmes du milieu urbain ont un ISF nettement plus faible que celles du milieu rural (3,9 enfants contre 6,7 enfants par femme). De fortes inégalités sont également observées entre les régions. L'ISF est plus faible dans les régions du Centre (3,7 enfants par femme), des Hauts Bassins (5,2 enfants par femme), du Centre-Sud (5,6 enfants par femme) et du Plateau central (5,8 enfants par femme), et plus élevé dans les régions du Sahel et de l'Est avec chacune un ISF de 7,5 enfants par femme (EMDS 2015).

L'ISF encore élevé s'explique, entre autres, par une entrée précoce des femmes en vie féconde et une sortie tardive : le taux de fécondité des adolescentes (15-19) ans étant de 117‰ et celui des 45-49 ans de 19‰ en 2015. Il s'expliquerait également par le faible espacement des naissances dans la mesure où pour environ une naissance sur huit (13%), l'intervalle inter génésique est trop court (inférieur à 24 mois) (EMDS 2015).

3.4. Situation économique

Après les chocs externes des années 2014 et 2015, l'économie burkinabè a connu un net rebond en 2016 (+4,4%) suivi par une phase de consolidation qui a porté la croissance jusqu'à 6,7% en 2018⁷. En 2020, la croissance est tombée à 2,5% sous les effets conjugués de la pandémie de la COVID-19, de l'insécurité persistante et de la poursuite des mouvements de revendications sociales. La même année, le pays est classé parmi les pays les moins avancés avec un PIB/habitant de l'ordre de 768,8 USD. L'incidence de la pauvreté monétaire a connu une légère baisse passant de 46,7% en 2009 pour un seuil de 108 454 FCFA à 40,1% en 2014 pour un seuil de pauvreté estimé à 153 530 FCFA. En 2018, l'incidence de la pauvreté était de 41,4% avec un seuil de pauvreté de 194 629 FCFA. La pauvreté est surtout rurale, avec une incidence de 51,1% et de 13,1% en milieu urbain. L'incidence de la pauvreté au sein de la population féminine est passée de 43,4% en 2009 à 37% en 2014⁸. Cette incidence varie fortement entre les régions administratives du pays. Les régions les plus touchées par la pauvreté monétaire sont le Nord (70,9%) et le Centre-Nord (60,8%). A l'inverse, les régions du Centre et des

⁶ Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso, Résultats préliminaires septembre 2020

⁷ Baisse de croissance au niveau mondial

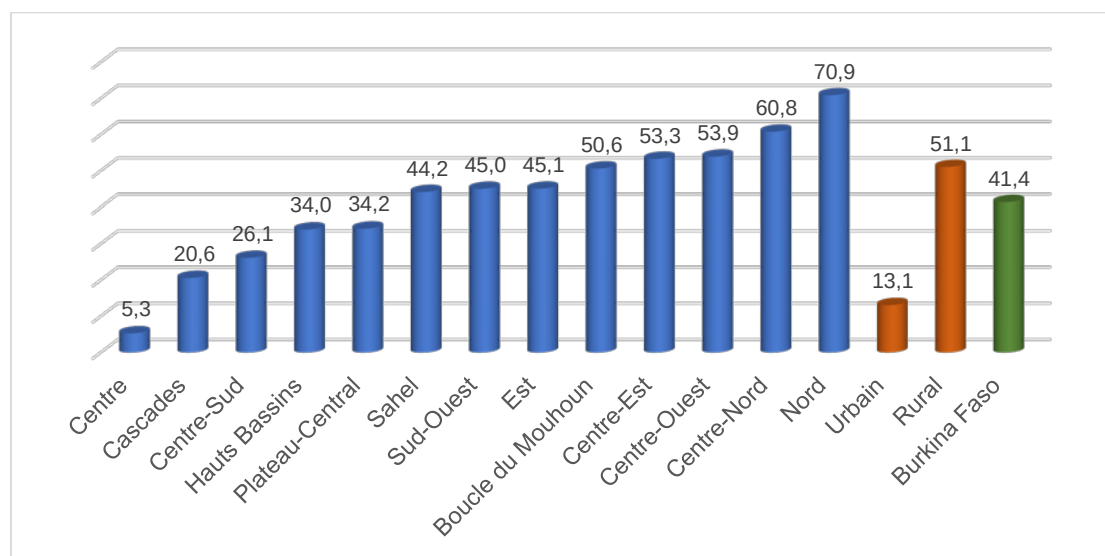
⁸ INSD, enquête EBCVM 2003 (nouvelle approche), EICVM 2009 et EMC 2014- 2015

Cascades sont les moins touchées par la pauvreté avec respectivement 5,3% et 20,6% d'incidence de pauvreté (figure 1).

Le tissu économique du Burkina Faso est peu diversifié. Le secteur primaire (20,1% du PIB) est principalement porté par la culture du coton et une agro-industrie peu développée. Le secteur secondaire (29,3 % du PIB) est constitué des secteurs miniers qui représentent 15% du PIB, le secteur bâtiments et travaux publics et le secteur manufacturier. Enfin, le secteur tertiaire (50,6% du PIB) bénéficie en particulier du développement des services financiers et des télécommunications⁹.

Le pays reste vulnérable aux chocs exogènes tels que les variations pluviométriques, les crises financières et pétrolières internationales et l'instabilité régionale due aux crises sociopolitiques.

Les problèmes de sécurité alimentaire sont récurrents et la malnutrition reste très importante : environ 30% de la population est confrontée à une insécurité alimentaire chronique. Le niveau de l'Indice de Développement humain (IDH) du Burkina Faso était de 0,452 en 2019, le classant dans la catégorie des pays à faible niveau de développement et au 182^e rang parmi 189 pays et territoires classés¹⁰.



Source INSD, 2019

Figure 1 : Variation de l'incidence de pauvreté par région et milieu de résidence

3.5. Situation socioculturelle

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques possédant chacune ses traditions et ses manifestations culturelles. L'organisation sociale fait apparaître deux groupes socioculturels : un groupe fortement hiérarchisé avec un chef à sa tête et un

⁹ IAP 2020

¹⁰ Rapport sur le Développement humain 2020. PNUD. http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/BFA.pdf

groupe dont l'organisation est essentiellement basée sur le droit d'aînesse. Les inégalités relevées au niveau socioculturel concernent : i) la persistance de la préséance du garçon par rapport à la fille dans le choix des naissances, dans le droit de succession et le droit de propriété ; ii) les inégalités et disparités nées de la répartition du travail selon le sexe. Certaines pratiques traditionnelles comme le lévirat, l'excision, le mariage d'enfant, les violences physiques, les mariages précoces et forcés sont néfastes pour la santé ... Toutes ces pratiques ont des conséquences négatives sur l'état de santé des femmes et des hommes. A l'opposé, le riche savoir des tradipraticiens de santé constitue une source de la pharmacopée africaine à valoriser.

Les échanges socioculturels intercommunautaires constituent le socle du développement d'un riche patrimoine immatériel ayant conduit à l'émergence de nombreuses activités culturelles modernes.

3.6. Situation politique/gouvernance

En matière de gouvernance politique, le pays s'est engagé dans une voie démocratique. La constitution prévoit trois pouvoirs : le pouvoir exécutif, le législatif et le judiciaire. Le quinquennat 2016-2020 a permis d'engranger des progrès en matière de démocratie, de justice et de droits humains.

En novembre 2020, l'organisation réussie d'élections générales a consolidé le socle démocratique après une crise politico-sociale à rebondissements de 2011 à 2015.

Le contexte politique actuel est caractérisé par une forte demande sociale à l'endroit d'un pays à ressources limitées. Cette demande de la population est également perçue au niveau de la sous-région. Ainsi, dans le domaine de la santé, l'Union africaine a pris la résolution d'engager l'ensemble des États à consacrer au secteur de la santé au moins 15% de leur budget annuel.

Les progrès enregistrés concernent la création et le renforcement des institutions républicaines, la consolidation de l'État de droit et le renforcement des droits humains, la contribution aux efforts de paix et de sécurité dans des pays tiers, la cohésion sociale et l'amélioration de la solidarité nationale ainsi que les avancées réalisées dans le domaine de l'information et de la communication.

Dans le domaine de la gouvernance administrative, malgré les réformes entreprises, l'administration burkinabè reste confrontée à des défis tels que le maintien de la stabilité institutionnelle, sa modernisation, l'amélioration de l'offre de ses services et sa dépolitisation.

3.7. Situation sécuritaire et humanitaire

Depuis la fin de l'année 2015, le climat sécuritaire au Burkina Faso s'est aggravé par la recrudescence et la multiplicité des attaques armées perpétrées dans le pays, notamment dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Est, du Centre-Nord, de l'Est, du Nord et du Sahel.

Les violences liées aux activités croissantes des groupes armés et les tensions intercommunautaires exposent le pays à des mouvements de populations, des fermetures d'écoles et de centres de santé et une impossibilité de mener des activités de subsistance (agriculture, élevage). A cela s'ajoute la crise liée aux catastrophes naturelles, à la COVID-19, et aux aléas du changement climatique entraînant une insécurité alimentaire, nutritionnelle et sanitaire.

Entre février 2017 et octobre 2020, plus de 1 043 000 personnes ont été contraintes de fuir leur domicile pour trouver refuge dans d'autres communes. En outre, plus de deux millions de personnes des communautés non déplacées sont durement touchées par la dégradation de leurs conditions de vie, ce qui les a rendus dépendants de l'aide humanitaire.

En 2020, environ 3 423 000 personnes sont dans le besoin dont 1 million de garçons, 1,08 million de filles, 698 000 hommes et 645 000 femmes¹¹. L'évaluation des besoins humanitaires a relevé que 3,5 millions de personnes sont dans le besoin dont 1,3 million de personnes en situation de besoins de survie et 2,9 millions de personnes en situation d'insécurité alimentaire. Par ailleurs, 2,5 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé et approximativement 813 000 sont privés d'éducation. Enfin, le Burkina Faso fournit l'asile à 19 000 réfugiés maliens.

3.8. Situation des technologies de l'information et de la communication

Le contexte dans lequel évolue le système de santé est marqué par un développement rapide des technologies de diagnostic médical et de prise en charge. Les technologies de l'information et de la communication suivent le même rythme d'évolution. Cette situation offre des facilités de diagnostics affinés pour une prise en charge plus efficiente.

Toutefois, le choix d'équipements médicotechniques au moment opportun constitue un enjeu stratégique. En effet, l'obsolescence des appareils est de plus en plus rapide et la disponibilité des pièces de rechange pose problème, d'où la nécessité de la mise en place d'une veille technologique.

¹¹ Plan de réponse humanitaire 2021. Burkina Faso

CHAPITRE IV : ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE

4.1. Contexte mondial

De récentes évolutions au niveau mondial impactent significativement l'organisation des systèmes de santé nationaux.

4.1.1. Déclaration des Nations Unies du Millénaire pour le développement

La Résolution A/55/L.2 de l'Assemblée générale des Nations unies (NU) intitulée Déclaration du Millénaire, prise le 8 septembre 2000, contenait deux engagements relatifs à la santé dans les pays les moins avancés : (i) «Que, à ce moment (2015), nous aurons réduit de trois quarts la mortalité maternelle et de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans par rapport aux taux actuels et (ii) que, d'ici là, nous aurons arrêté la propagation du VIH/SIDA, et commencé à inverser la tendance actuelle, et (iii) que nous aurons maîtrisé le fléau du paludisme et des autres grandes maladies qui affligent l'humanité». Pour atteindre ces objectifs, plusieurs orientations qui influencent encore aujourd'hui le choix des priorités, la gestion et le financement des programmes de santé dans plusieurs pays ont été prises dont :

- la Déclaration de Paris (2005) sur l'efficacité de l'aide publique au développement et dont un des axes est la gestion axée sur les résultats ;
- les objectifs du millénaire pour le développement (2000-2015) comprenaient les objectifs 4,5 et 6 avec pour cible la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant, l'arrêt de la propagation du VIH/SIDA, le contrôle du paludisme et d'autres grandes maladies ;
- la déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la protection sociale et la Couverture sanitaire universelle (CSU) du 6 septembre 2012 qui consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès, sans discrimination, à des services de base, définis au niveau national, pour ce qui est de la promotion, de la santé, de la prévention, du traitement et de la réadaptation et à des médicaments de base, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en faisant en sorte que leur coût n'entraîne pas de difficultés financières pour les usagers, en particulier les pauvres, les personnes vulnérables et les couches marginalisées de la population ;
- les Objectifs du développement durable (ODD 2016-2030) se fondent sur les Objectifs du Millénaire pour le développement dont l'agenda a été poursuivi de 2000 à 2015 au niveau mondial. Les ODD orienteront jusqu'en 2030 les actions relatives au développement durable à l'échelle mondiale. Les ODD n°2, n°3 et n°6 visent à assurer que les populations vivent longtemps et en bonne santé.

4.1.2. Santé globale

Aujourd'hui, dans toutes les régions du monde, les systèmes de santé s'efforcent de faire face à la COVID-19 tout en fournissant aux individus des soins essentiels. En 2021, les pays devront continuer à lutter contre la COVID-19 et agir rapidement pour rétablir et renforcer leurs systèmes de santé. Pour y parvenir, dix (10) voies prioritaires sont proposées par l'OMS¹²:

- renforcer la solidarité mondiale afin de garantir la sécurité sanitaire dans le monde ;
- accélérer l'accès aux tests de dépistage COVID-19 ainsi qu'aux médicaments et vaccin ;
- faire progresser la santé pour tous ;
- lutter contre les inégalités de santé ;
- assurer un leadership mondial en matière de science et de données ;
- relancer la lutte contre les maladies transmissibles ;
- lutter contre la pharmaco-résistance ;
- prévenir et traiter les maladies non transmissibles (MNT) et des troubles mentaux ;
- reconstruire et améliorer un autre monde, plus écologique et en meilleure santé ;
- agir selon un principe de solidarité.

4.1.3. Une seule santé – One Health^{13,14}

Le concept « une santé » est une approche mise en œuvre progressivement au Burkina pour une meilleure implication d'autres parties prenantes dans la lutte concertée synergique contre les maladies aux origines diverses. Le Conseil National One Health est présidé par le Premier Ministre. À titre illustratif, au Burkina Faso, les consommations de lait et de viande bovine augmenteront respectivement de 176 et 290% au cours des 30 prochaines années, avec une consommation totale estimée à près de 1 303 000 tonnes de lait et 516 400 tonnes de viande bovine en 2050. La consommation de viande était de 37 800 tonnes¹⁵ en 2015. La consommation et l'exportation de viandes dites « de brousse » continuent en dépit des contrôles¹⁶.

4.1.4. Transition épidémiologique et transition sanitaire

En Afrique subsaharienne, la globalisation croissante et l'urbanisation qui l'accompagne engendrent le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles. Les

¹² <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/10-global-health-issues-to-track-in-2021>. WHO, 24 December 2020

¹³ Protecting One Health. OIE. <https://www.oie.int/fr/ce-que-nous-faisons/initiatives-mondiales/une-seule-sante/>

¹⁴ L'approche multisectorielle de l'OMS «Un monde, une santé» <https://www.who.int/features/qa/one-health/fr/>

¹⁵ Transformation du secteur de l'élevage que révèlent les projections à long terme? BURKINA FASO. FAO

¹⁶ www.planetoscope.com/Criminalité/127-traffic-d-animaux-sauvages.html

prévalences des maladies transmissibles, comme le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, sont les plus élevés au monde. L'impact des maladies non transmissibles enregistre également une augmentation. Les soins de santé primaires étant le point d'entrée dans un service de santé pour la plupart des Africains, ils jouent un rôle clé dans la prévention des maladies transmissibles et dans les interventions sanitaires. Ce rôle pourrait être étendu afin de s'orienter également sur les maladies non transmissibles, dans le cadre d'efforts réalisés pour renforcer les systèmes de santé en améliorant l'offre de soins primaires.

La transition sanitaire mesurée par l'allongement de la vie est un phénomène observé en Afrique subsaharienne avec un décalage par rapport aux pays développés. Cette progression a été fragilisée par l'épidémie du VIH/SIDA, les crises diverses.

4.2. Organisation et reformes du système de santé du Burkina Faso

4.2.1. Fondements historiques de l'organisation du système de santé¹⁷

Le système de santé du Burkina Faso, hérité de l'ère coloniale, a connu une grande évolution au fil des années avec parfois des ruptures assez nettes en termes de choix stratégiques. Dans les années 70, le système de santé était organisé en zones de santé. La stratégie était alors orientée sur la lutte contre les endémo-épidémies avec la mise en place de centres fixes de soins et le développement d'équipes mobiles. En 1983, suite à la réforme administrative divisant le territoire national en provinces, trente (30) directions provinciales de la santé ont été créées pour appliquer les orientations nationales.

En 1985, dans le sillage de la Déclaration d'Alma Ata (1978), le Gouvernement a lancé l'approche « un village, un poste de santé primaire » en implantant dans chaque village un poste de santé primaire pour l'atteinte de l'objectif « la santé pour tous en l'an 2000 ». En 1987, le pays a adhéré à « l'Initiative de Bamako » et a entamé une réflexion pour mettre en place le système de santé intégré de district. Cette période est marquée par l'élaboration du document national relatif au renforcement de la politique des « soins de santé primaires ». Ainsi, en 1993 les districts sanitaires ont été créés avec l'octroi d'une autonomie de gestion aux formations sanitaires (FS) périphériques et aux hôpitaux. En 1996, cette réforme a été parachevée par la création de onze directions régionales de la santé (DRS) qui ont été portées à 13 plus tard pour coordonner les actions des districts. Au cours des années 2000, le ministère de la Santé s'est doté d'une politique sanitaire nationale (PSN) pour prendre en compte les changements importants intervenus dans le monde et plus particulièrement dans la région africaine et au plan national. La Politique nationale de santé (PNS) qui a fait suite à la politique sanitaire nationale (PSN) de 2000 adoptée en 2011 est la résultante d'une analyse approfondie de la situation nationale à travers les états généraux de la santé de 2010.

¹⁷ Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Système de santé (Module 2). Ministère de la Santé-OMS, 2017

A l'aube du III^e Millénaire, la communauté internationale a adopté *la Déclaration du millénaire*, les OMD (2000-2015) et les ODD (2016-2030). Ces engagements au niveau mondial ont des répercussions sur le choix des priorités au niveau national.

4.2.2. Cadre juridique de la santé et du droit à la santé

Au Burkina Faso, le droit à la santé de la population est soutenu par les textes suivants :

a. La Déclaration universelle des droits de l'homme en son article 25, alinéa 1 :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ».

b. La Constitution du Burkina Faso de 1991 en son article 26 :

« Le droit à la santé est reconnu. L'État œuvre à le promouvoir »

c. Loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la Santé publique Titre 1, Article 2.

- L'un des principaux objectifs de la protection et de la promotion de la santé doit être de donner à l'individu et à la collectivité un niveau de santé qui lui permette de mener une vie socialement acceptable et économiquement productive.
- Mesures sanitaires spécifiques¹⁸: (i) Protection sanitaire de la famille et de l'enfance (santé maternelle et infantile, planification familiale, avortement et abortifs), (ii) Santé scolaire et universitaire (iii) Protection de la santé des travailleurs, (iv) Protection des personnes handicapées et des personnes âgées, (v) Protection de la santé mentale, (vi) Nutrition et protection de la santé des consommateurs.

4.2.3. Pyramide sanitaire

Sur le plan administratif, le système de santé du Burkina Faso est organisé en trois (3) niveaux :

- le niveau central est responsable de l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;
- le niveau intermédiaire est chargé de la coordination et de l'appui aux districts ;
- le niveau périphérique, l'ECD est responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

Sur le plan de l'offre de soins, les structures se répartissent en trois sous-secteurs sanitaires qui sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

¹⁸ Loi n° 23/94/ADP portant Code de la Santé publique, Titre II : Chapitre I à Chapitre VI

Au niveau du sous-secteur public, l'infrastructure de santé comprend, selon l'annuaire statistique 2020, 5 CHU au niveau tertiaire, 9 CHR et 1 CHUR au niveau secondaire et 2158 établissements de soins au niveau primaire dont 46 CMA fonctionnels, 71 CM et 2041 CSPS. Par ailleurs, des centres spécialisés pour la cancérologie, neurochirurgie, médecine physique et de réadaptation, médecine traditionnelle et soins intégrés sont en cours de création. Le positionnement de ces centres dans l'architecture de la pyramide sanitaire reste à déterminer. Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées et les services de santé des travailleurs.

Le pays compte aussi des structures privées concentrées dans les grandes villes : 3 hôpitaux au niveau tertiaire, 8 polycliniques au niveau secondaire, 286 établissements de soins du niveau primaire dont 87 cliniques, 4 CMA/HD, 65 CM, 35 cabinets médicaux, 12 cabinets dentaires, 83 CSPS, 593 autres structures de soins, 243 officines et 661 dépôts pharmaceutiques¹⁹.

Au Burkina Faso, environ 30 000 tradipraticiens de santé exercent individuellement dans des cabinets de soins et dans des herboristeries²⁰. Pour valoriser la médecine traditionnelle, deux types de projets sont en cours d'implantation : (i) le Centre de Médecine traditionnelle et de soins intégrés de Ouagadougou et les structures d'interfaces régionales de médecine traditionnelle dont deux sont en cours de mise en place à Ouahigouya et à Tenkodogo.

En outre, il existe une offre communautaire animée par 17 648 agents de santé à base communautaire (ASBC), des organisations à base communautaire (OBC) et d'autres acteurs de la société civile qui interviennent dans le secteur de la santé. Cette offre devrait se renforcer par la création dans chaque village, d'un poste de santé communautaire animé par un agent de santé communautaire.

¹⁹ Annuaire statistique du MS 2020

²⁰ Décret n°2004-567/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS du 14/12/2004 portant adoption du document-cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles.

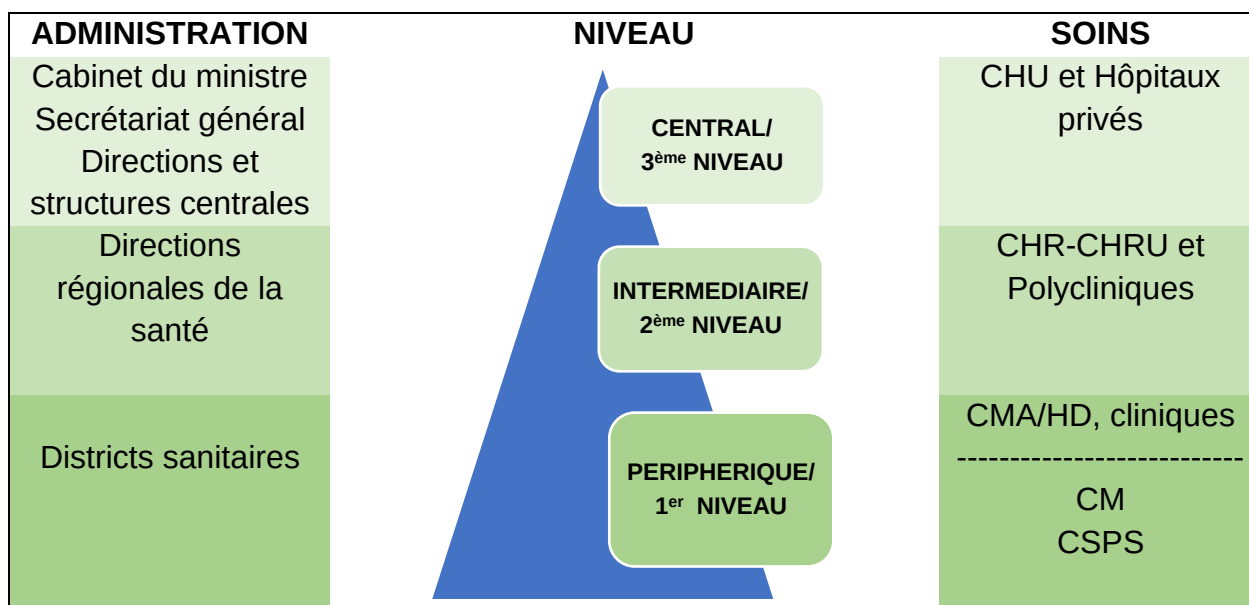


Figure 2 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso en 2020

4.2.4. Reformes au niveau du secteur de la santé

❖ Programmes budgétaires du Ministère de la Santé

En 2009, l'UEMOA s'est accordée sur un cadre harmonisé des finances publiques, applicable à l'ensemble de ses États membres. Le Burkina Faso a adopté le premier « budget-programme » en 2017²¹. Les programmes budgétaires pour la santé étaient au nombre de trois : i) Accès aux services de santé (055), ii) Prestations de services de santé (056) et iii) Pilotage et soutien des services du Ministère de la santé (057). A partir de 2018, un quatrième programme appelé « Accès aux produits de santé 146 » a été mis en place à travers le nouvel organigramme. A la suite de cet organigramme, les programmes budgétaires suivants ont été rebaptisés : « accès aux services de santé » en « offre de soins » et celui des « prestations de service » en « santé publique ». Si le budget du Ministère de la santé est effectivement passé de la structure du budget de moyens ou budget-objet à la structure budget programme depuis 2017, des insuffisances dans son opérationnalisation demeurent. Il s'agit entre autres des limites assignées à chaque programme et le rôle des responsables de programme dans l'exécution du budget qui ne sont pas clairement définis.

²¹Passage au budget programme dans le secteur de la santé au Burkina Faso: État d'avancement de la réforme et enseignements préliminaires pour le financement de la santé. Hélène Barroy, Françoise André, Abdoulaye Nitiema. WHO/UHC/HGF/HEF/CaseStudy/18.11

❖ ***Adoption et mise en œuvre de la loi sur la fonction publique hospitalière***

La loi sur la fonction publique hospitalière (FPH) a été adoptée le 19 décembre 2017 pour améliorer la qualité des prestations de services et soins de santé. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, son processus d'opérationnalisation est progressif. Le défi réside dans la mise en cohérence des réformes qu'elle induit à travers la création d'un certain nombre de structures (AGSP) et le dispositif organisationnel et administratif existant (transfert de compétence aux collectivités, l'autonomie de gestion des formations sanitaires de premier échelon et les structures déconcentrées du ministère de la Santé).

❖ ***Création d'une agence de régulation pharmaceutique***

L'Agence nationale de régulation pharmaceutique (ANRP) a été créée par décret en octobre 2018²². Elle regroupe et coordonne l'ensemble des missions de régulation du secteur pharmaceutique. Elle a pour but de garantir l'accès à des produits de santé de qualité sûrs et efficaces à l'ensemble de la population. Les organes de gestion ainsi que les bases juridiques pour son fonctionnement ont été mis en place. Cependant des défis restent à relever notamment l'assermentation des pharmaciens inspecteurs et la lutte contre les faux produits de santé.

❖ ***Renforcement du système national de la pharmacovigilance des produits de santé***

La réforme vise le renforcement du système national de pharmacovigilance afin d'améliorer la sécurité d'emploi des produits de santé. Cette réforme a favorisé le renforcement des ressources humaines en pharmaco-épidémiologie et pharmacovigilance. Toutefois, la sous-notification des effets indésirables, l'insuffisance de financement et de réglementation de la pratique de la pharmacovigilance, y compris la matériovigilance et l'hémovigilance restent un défi à relever.

❖ ***Opérationnalisation du Régime d'Assurance Maladie Universelle***

L'opérationnalisation du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) s'est traduite par la création de la Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) en 2018²³. La CNAMU est l'organisme de gestion du RAMU pour les civils. Les organes d'administration et de direction sont mis en place et fonctionnels.

Les activités de mise en œuvre de l'AMU ont démarré en 2019 dans 4 régions pilotes (Centre, Hauts-Bassins, Boucle du Mouhoun, Nord) par la prise en charge de 70 000 personnes indigentes à travers les mutuelles sociales. Certaines activités sont en cours ou en perspective : l'adoption des textes d'application de la loi portant RAMU (montant

²² Décret n°2018-0875/PRES/PM/ MINEFID/MS du 05 octobre 2018 portant création de l'agence nationale de régulation pharmaceutique (ANRP)

²³ Décret n°2018-0265/PRES/PM/ MINEFID/MEPTPS du 09 avril 2018 portant création d'une caisse nationale d'assurance maladie universelle

des cotisations, panier de soins, etc.), la réflexion sur un mécanisme de financement innovant et sur les modalités de couverture des différents segments de la population (secteur formel, économie informelle et monde rural). De plus, un projet de convention de collaboration entre le Ministère de la santé et la CNAMU est élaboré de même qu'un plan de transfert de certaines fonctions des mesures de gratuité (achat des prestations et contrôle de l'effectivité). Enfin, les outils de gestion du régime sont en cours d'élaboration et/ou de validation (modèles types de convention avec les prestataires de soins de santé, dispositif de contrôle, système d'information, etc.). Cependant, des insuffisances demeurent et sont liées à la non-adoption de certains textes réglementaires de la mise en œuvre du RAMU notamment les décrets d'application sur le panier de soins, le taux de cotisation, l'immatriculation et l'affiliation. La lenteur dans la mise en œuvre est éventuellement due à une difficulté de coordination au niveau des ministères de tutelle et une insuffisance de préparation des structures de soins posant ainsi la problématique de l'ancrage institutionnel.

En janvier 2021, les statuts de la Caisse d'assurance maladie des Armées ont été adoptés. Cette caisse qui a été créée en avril 2020 a pour vocation de prendre en charge les dépenses de santé des personnels des forces armées et leurs familles.

❖ ***Capture du dividende démographique***

En vue d'atteindre les objectifs de la capture du dividende démographique, le Ministère de la santé a opté pour les interventions suivantes : (i) la promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives ; (ii) la lutte contre le mariage d'enfants et les grossesses non désirées ; (iii) l'amélioration de la santé de la reproduction et (iv) le renforcement de l'autonomisation économique de la femme.

Deux mesures majeures ont été mises en place. Il s'agit de *la gratuité des services de PF* instituée par le Gouvernement (2019)²⁴ et étendue à toutes les régions sanitaires (juillet 2020) après une phase pilote et *la mise en place de l'observatoire national du dividende démographique* pour accélérer la transition démographique et favoriser une croissance économique inclusive.

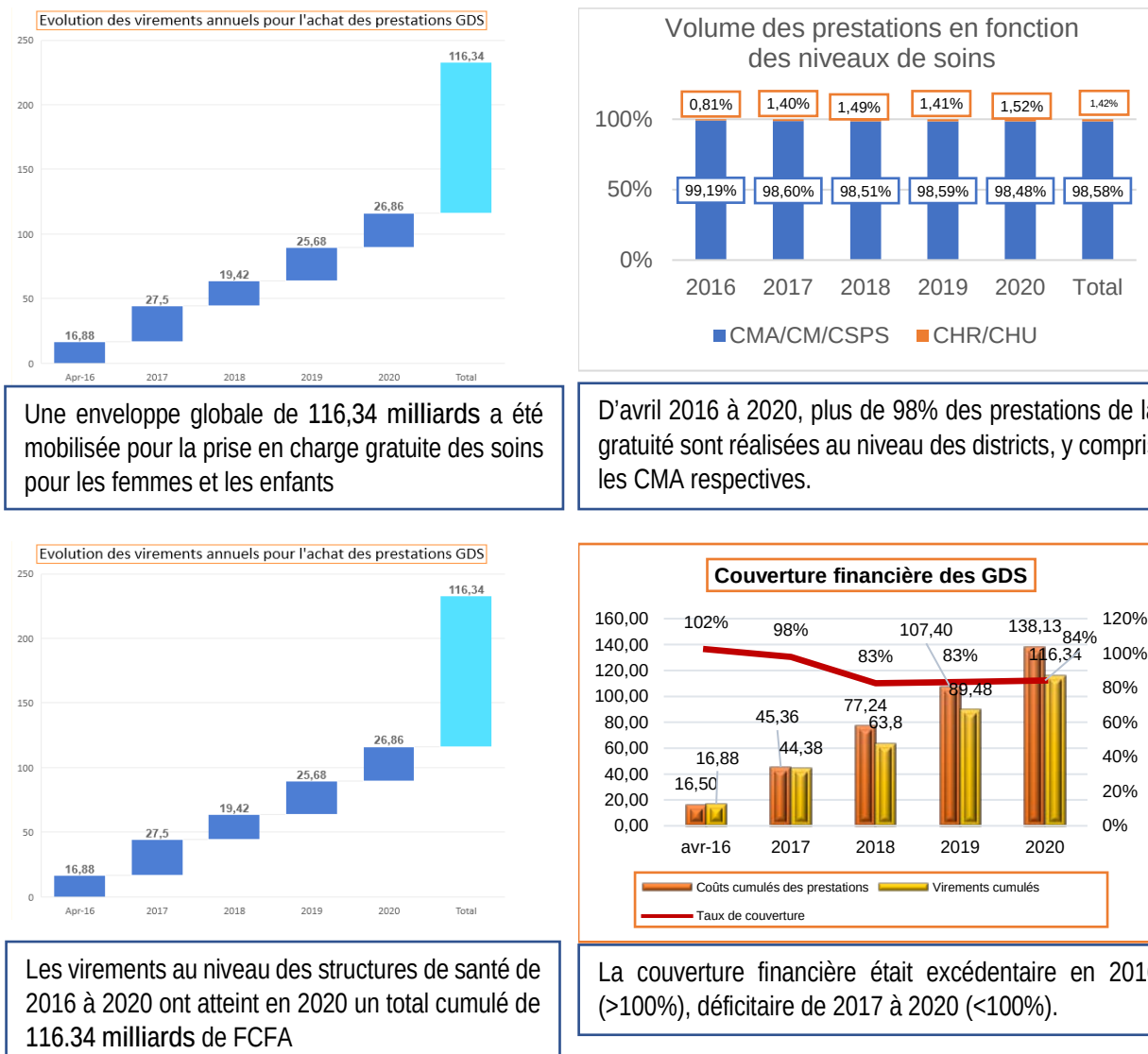
❖ ***Gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans***

Elle est effective dans l'ensemble des formations sanitaires (FS) publiques et dans certaines FS privées depuis 2016.

Le volume total des prestations de gratuité d'avril 2016 au 31 décembre 2020 est de 82 799 915 prestations. La quantité des soins de gratuité s'est stabilisée entre 2017 et 2019

²⁴ Décret n°2019-0040/PRES/PM/MS/MFSNF/MFPTPS/MATD/MINEFID du 23 janvier 2019 portant gratuité des soins et des services de planification familiale au Burkina Faso

à environ 17 millions de prestations. Cette quantité a connu une hausse pour atteindre 20 750 756 prestations en 2020. Le taux de couverture financière est de 84% du coût total des prestations couvertes par la gratuité des soins supportés par l'État (figure 3 ci-dessous).



Source base e-gratuitedesoins

Figure 3 : Volume des prestations et couverture financière de la gratuité des soins

Aussi, dans le souci de la maîtrise des coûts, le Ministère de la Santé a externalisé le contrôle de l'effectivité de la gratuité des soins à des ONG nationales et internationales au nombre de huit (8) à travers la signature de contrats de prestation. Une enveloppe moyenne de 871 600 000 FCFA est dédiée annuellement à ce contrôle. Les principales missions des ONG chargées du contrôle sont la vérification des quantités et coûts de prestations réalisées, la vérification de l'effectivité de la gratuité (actes, médicaments...), l'identification des niveaux de concordances des données, le calcul d'indicateurs

d'effectivité et de l'usage rationnel des médicaments, l'identification des fraudes et des surfacturations, etc.

En termes de difficultés rencontrées, il faut citer entre autres les ruptures des médicaments dans les FS, l'insuffisance de l'allocation du budget de l'État et en conséquence un retard dans les remboursements dû.

❖ ***Création de l'Institut National de Santé publique***

L'Institut national de santé publique (INSP) est un EPS non hospitalier créé en juin 2018²⁵ avec pour mission d'assurer la veille sanitaire, la recherche, l'expertise et la formation. Ses organes et structures sont actuellement fonctionnels.

Dans le domaine de la veille sanitaire, le Centre des Opérations et de réponse aux Urgences Sanitaires (CORUS), le Laboratoire National de Référence Grippe (LNR-G) et l'Observatoire National de Santé Publique (ONSP) ont participé à la préparation et à la riposte aux flambées épidémiques y compris dans les zones abritant les personnes déplacées internes (PDI). Ces structures ont joué un rôle majeur dans la réponse contre la COVID-19.

4.3. État de santé de la population

Au Burkina Faso, l'état de santé de la population s'est globalement amélioré de 2011 à 2020 mais reste marqué par une morbidité et une mortalité encore élevées.

L'espérance de vie à la naissance était de 56,7 ans en 2006 (57,5 ans chez les femmes contre 55,8 ans chez les hommes) et atteint 61,5 ans en 2020 selon les estimations, avec respectivement 60,6 ans et 62,4 ans pour les hommes et les femmes²⁶. Ce niveau encore faible est sous-tendu par une mortalité encore élevée bien qu'en baisse, surtout chez les couches vulnérables que sont les femmes et les enfants.

Le taux de mortalité générale était de 11,8 pour mille en 2015 (EMDS 2015).

4.3.1. Analyse selon les piliers du système de santé

L'analyse de l'état de santé se base sur le cadre conceptuel de l'OMS qui comporte six (6) piliers du système de santé²⁷, et des déterminants de la santé.

❖ ***Prestations de services***

Les performances décrites ci-après sont évaluées sur la base de l'évolution des

²⁵ Décret n°2018-0621/PRES/PM/ MINEFID/MS/MRSI du 19 juillet 2018 portant création de l'institut national de santé publique

²⁶ INSD, 2009

²⁷ OMS (2007) L'affaire de tous – Renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires. Cadre de travail de l'OMS pour l'action

indicateurs du cadre de performance du PNDS 2011-2020.

o **Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de moins de 5 ans**^{28,29,30}.

Bien que la mortalité maternelle ait connu un recul sensible ces dernières décennies, son niveau demeure préoccupant et la cible de 2020 n'a pas été atteinte. En effet, de 484 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1998, le ratio de mortalité maternelle (RMM) est passé à 341 en 2010 puis à 330 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Ce ratio était de 320 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2017 selon les estimations OMS-UNICEF de 2019, soit une réduction de 6,2% entre 2010 et 2017.

De 2010 à 2015, le taux de mortalité néonatale est passé de 28‰ à 23‰ décès (réduction de 17,9%), le taux de mortalité infantile de 65‰ à 43‰ décès (réduction de 33,8%) et le taux de mortalité infanto-juvénile de 129‰ à 82‰ (réduction de 36,4%).

La fécondité également a connu une baisse sur la période de mise en œuvre du PNDS, bien qu'elle demeure élevée et précoce. Ce niveau encore élevé de fécondité s'explique par sa précocité et le faible espacement des naissances. En effet, parmi les adolescentes de 15-19 ans, 19% avaient au moins une naissance vivante et 5% étaient enceintes pour la première fois, selon les résultats de l'EDS de 2010. Les adolescentes (15-19 ans) qui ne représentent que 19 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer contribuent pour 11% à la fécondité totale des femmes. On note également que le taux de fécondité des femmes de 45-49 ans était de 40,1‰. Concernant l'espacement des naissances, pour environ une naissance sur huit (13%), l'intervalle intergénéral est trop court (inférieur à 24 mois).

Le taux de prévalence contraceptive moderne était de 31,9% et le pourcentage des besoins non satisfaits en PF était de 47% (PMA 2020). La précocité de la fécondité et le faible espacement des naissances sont tributaires d'une faible utilisation des méthodes contraceptives modernes, dont le taux de prévalence est passé de 14% en 2010 à 22,5% en 2015. Ce taux était de 28% en 2020 selon les résultats du PMA-Burkina.

Les femmes entrent en union à un âge précoce³¹. Une femme sur dix (10%) est en union dès l'âge de 15 ans et 53% dès 18 ans. Les grossesses non désirées chez les adolescentes et jeunes sont la conséquence d'une sexualité précoce, à risque non protégée et un faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives.

²⁸ Enquête de démographie et santé du Burkina Faso. 2010

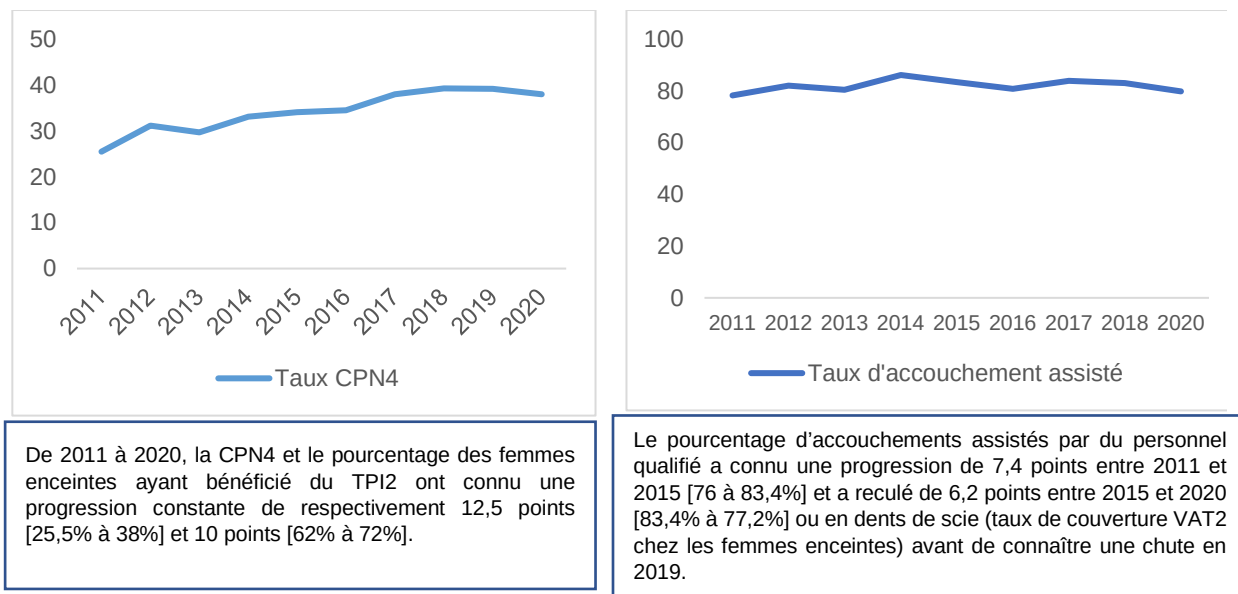
²⁹ Enquête multisectorielle continue – Burkina Faso 2015

³⁰ Trends in maternal mortality 2000-2017. OMS, UNICEF

L'analyse du taux de CPN4 par région en 2020 révèle que la région du Sahel a enregistré un très faible taux (9%) par rapport à l'ensemble des autres régions dont la performance pour cet indicateur va de 33,3 % dans la région du Centre Sud à 49,5% dans la région des Cascades (figure 4).

Le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié a évolué en dent-de-scie au cours de la mise en œuvre du PNDS 2011- 2020. Il a connu une évolution ascendante de 2011 à 2014, année au cours de laquelle la meilleure performance annuelle a été enregistrée. A partir de 2014, le taux d'accouchement assisté a baissé les deux années suivantes avant de connaître une ascension en 2017 suivie d'une régression de 2018 à 2020 (figure 4). Plusieurs politiques et stratégies ont été mises en œuvre pour améliorer l'accès des femmes enceintes aux services d'accouchements au nombre desquelles la subvention pour les SONU, la gratuité des soins ciblée des femmes et des enfants de moins de 5 ans.

Les régions des Cascades, du Centre, du Centre Est, du Nord et des Hauts-Bassins ont été les plus performantes et cela de façon constante au cours de la période 2011 à 2020.



Source : *Annuaire statistique*

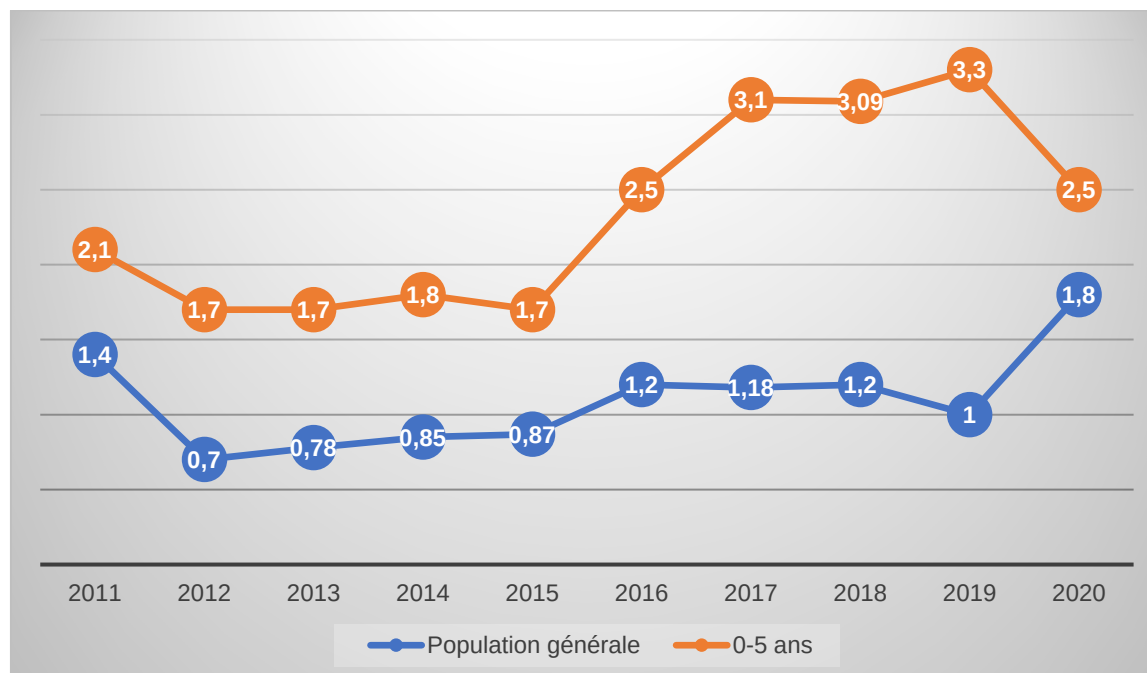
Figure 4 : Évolution des taux de couverture en CPN4 et des accouchements assistés par du personnel qualifié de 2011 à 2020

En 2020, le nombre de cas de fistules obstétricales notifiés dans les centres de santé était de 746 cas. Parmi celles-ci 353 ont été opérés dont 32% de réparations réussies.

Les cas de violences basées sur le genre (VBG) ont connu des hausses entre 2017 et 2018 en passant de 710 à 939 pour les mariages forcés, de 267 à 381 pour les mariages précoces, de 1327 à 1861 pour les violences conjugales et de 168 à 178 pour les

mutilations génitales féminines³².

L'utilisation des services de santé par les populations s'est améliorée sur la période de mise en œuvre du PNDS 2011-2020 en témoigne le nombre de contacts par habitant et par an (contacts/habt/an) qui a évolué crescendo. En effet le nombre de contacts/habt/an est passé de 0,6 en 2011 à 1,8 en 2020. Pour les enfants de moins de 5 ans, l'évolution de l'indicateur a connu la même tendance mais il est resté à un niveau élevé comparativement à celui de la population générale (figure 5).



Source : *Annuaire statistiques*

Figure 5 : Évolution du nombre de contacts/habt/an dans la population générale et chez les moins de 5 ans de 2011 à 2020

De 2014 à 2019, la proportion d'enfants bénéficiant de la PCIME était passée de 23,6% en 2014 à 65,9% en 2019, soit une progression de 42,3 points.

De 2012 à 2017, les couvertures vaccinales nationales atteignaient ou dépassaient 100% pour tous les antigènes. Entre 2017 et 2019, les couvertures vaccinales pour tous les antigènes ont connu une baisse entre 3,7 et 15,4 points. L'objectif d'atteindre une couverture d'au moins 80% de tous les antigènes dans au moins 80% des districts (OMS) » n'a pas été atteint. Cela pourrait s'expliquer par une insuffisance dans la mise en œuvre des stratégies avancées, dans la communication en faveur de la vaccination et de la logistique (motos, chaînes de froid).

³² Annuaire statistique 2018. Ministère de la Femme, de la Solidarité nationale, et de la Famille.

Tableau I : Évolution des couvertures vaccinales en pourcentage au niveau national de 2011 à 2020

Année	BCG	VPO3	DTC+HepB-Hib3	Pneumo3	Rota3	RR1	VAA	VAT2+
2011	109,33	103,45	103,47	-	-	100,00	99,75	91,44
2012	109,37	102,83	102,85	-	-	100,17	100,10	92,72
2013	106,39	101,21	101,48	-	-	99,84	99,85	87,98
2014	105,82	103,01	103,10	88,70	86,28	99,69	99,69	81,78
2015	104	105,3	105,3	104,5	104,2	103,5	103,5	93,3
2016	102,99	102,87	102,96	102,85	102,78	99,93	56,77	120,12
2017	102,99	104,59	106,12	106,05	100,64	101,00	45,58	95,38
2018	99,09	104,15	104,52	102,05	93,06	103,22	99,64	91,90
2019	93,59	102,12	101,79	101,69	69,10	99,35	99,92	74,05
2020	95,15	98,40	98,69	98,79	95,96	98,50	97,82	68,69

Source : Direction de la prévention par la vaccination/ministère de la Santé, 2021

o Santé des adolescents et des jeunes

Les adolescents et jeunes au Burkina Faso (de 10 à 24 ans) représentent 31,96% de la population³³. La situation de la santé des adolescents et des jeunes est caractérisée par : (i) des rapports sexuels précoces, non protégés, souvent avec plusieurs partenaires, une prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA, (ii) des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestins (iii) des traumatismes, les problèmes de santé mentale, et les violences diverses, (iv) la consommation d'alcool, de drogues et de tabac. L'offre de services s'est améliorée malgré l'insuffisance de la sensibilisation, des infrastructures et des équipements pour les loisirs ainsi qu'un faible accompagnement technique des activités en faveur des adolescents et des jeunes³⁴.

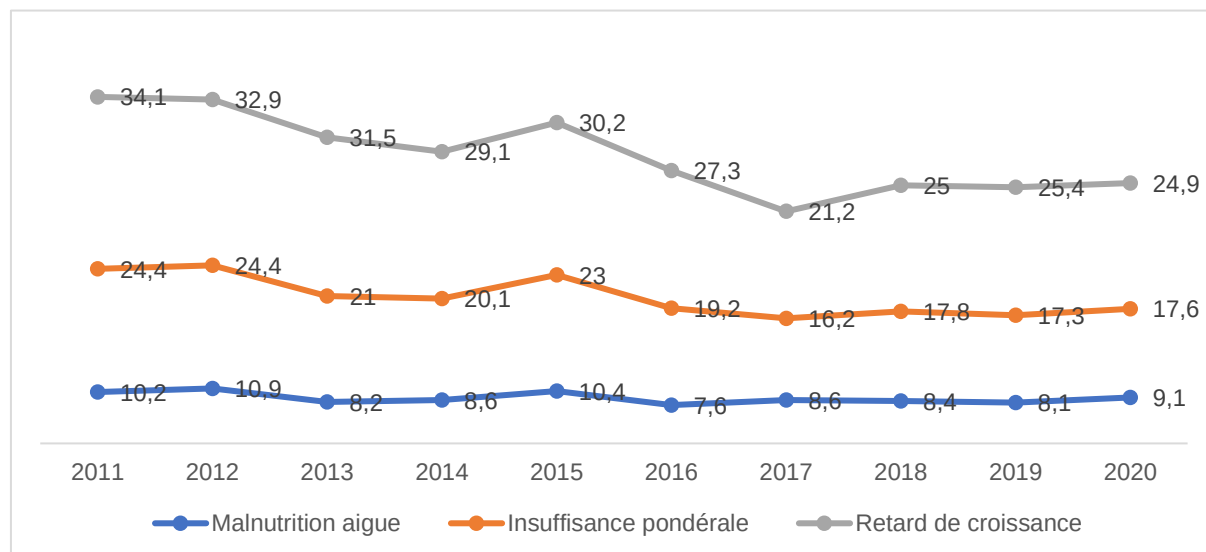
o Nutrition

Malgré une évolution en dents de scie, les indicateurs de la malnutrition ont tous connu une amélioration. Entre 2011 et 2020, la prévalence de la malnutrition aiguë globale a connu une baisse de 1,1 point [10,2% à 9,1%], celle de la malnutrition chronique 9,2 points [34,1% à 24,9%], et celle de l'insuffisance pondérale 6,8 points [24,4% à 17,6%]. La prévalence de la surcharge pondérale pour les enfants de moins de 5 ans oscillait entre

³³ Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso, Résultats préliminaires septembre 2020

³⁴ Santé des adolescents et des jeunes au Burkina Faso : état des lieux et priorités. Méda Ziemlé Clément, Yaogo Maurice, Sombié Issiaka et coll. Science et technique, Sciences de la santé Vol. 40, n° 1, Janvier-Juin 2017, p67-91

1 et 1,7%. La prévalence de l'insuffisance pondérale chez la même cible était de 17,6%³⁵ (figure 6) en 2020.



Source : *Annuaire statistiques*

Figure 6 : Évolution des prévalences de la malnutrition au niveau national de 2011 à 2020

En 2020, la région du Sahel se distingue avec des prévalences au-dessus des seuils critiques fixés par l'OMS (< 10% pour la malnutrition aiguë, < 30% pour la malnutrition chronique et < 20% pour l'insuffisance pondérale) (figure 7).

³⁵ Annuaire statistique 2020. MS Burkina Faso



Par ailleurs, la répartition des prévalences de la malnutrition par tranche d'âge et par sexe montre que les enfants de sexe masculin et féminin sont affectés de la même manière, peu importe le type de malnutrition. Les tranches d'âge de 6-11 mois et 12-23 mois sont les plus affectées par la malnutrition aiguë avec respectivement des prévalences de 9,5% et 10,1%. Cette tranche d'âge correspond à la période où les enfants doivent recevoir en plus du lait maternel des aliments de compléments de qualité.

Pour la malnutrition chronique, la tranche d'âge de 48-59 mois est la plus affectée avec une prévalence de 26,3 %. Quant à l'insuffisance pondérale, elle affecte plus la tranche d'âge des 12-23 mois avec une prévalence de 19,5 %.

De plus en plus, on assiste au phénomène du double fardeau nutritionnel (la coexistence entre la malnutrition par carence et la malnutrition par excès). En effet, la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans oscillait entre 1,2 en 2014 à 2,8% en 2020 avec des disparités entre les régions. Cette situation moins reluisante chez les enfants est constatée chez les femmes en âge de procréer (FAP), car 1 femme sur 10 souffrait de maigreur en 2020 avec une forte disparité des prévalences au niveau régional³⁶. Elle est principalement due aux mauvaises pratiques alimentaires et aux

³⁶ Rapport de l'Enquête nationale nutritionnelle 2020 (ENN, 2020) par la méthodologie SMART, ministère de la Santé

maladies. En effet, les indicateurs en lien avec la promotion des pratiques optimales de l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ont évolué timidement de 2012 à 2020. L'initiation de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance est faite chez 63,4% des naissances en 2020 contre 29,2% en 2012. L'allaitement exclusif a augmenté de 38,2% (2012) à 64,3% (2020). Le maillon le plus faible concerne l'alimentation de complément, en 2020, près de 70,8% des enfants de 6-23 mois n'ont toujours pas la diversité alimentaire minimale acceptable, c'est-à-dire qu'ils consomment moins 4 groupes d'aliments contre 95,2% en 2012. Aussi, seulement 17,5% de FAP avaient une bonne diversité alimentaire au cours de l'année 2020. Le niveau d'insécurité alimentaire au cours des dernières années s'est aggravé avec l'insécurité civile et l'augmentation du nombre de déplacés internes. Le nombre de personnes en situation de crise alimentaire ou d'urgence (phases 3 et 5) et ayant besoin d'une aide alimentaire immédiate a doublé, passant de 954,315 personnes (5 % de la population) en 2018 à 2, 151,970 personnes (10 % de la population) pour la période projetée de juin 2020 selon les résultats du cadre harmonisé.

De nombreuses initiatives de résilience telles que la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois, le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois, la mise en œuvre du protocole simplifié, la promotion des pratiques optimales de l'ANJE y compris la nutrition maternelle, le dépistage de la malnutrition à domicile (périmètre brachial de la mère) et la prise en charge communautaire de la malnutrition mise en œuvre par le Gouvernement et ses partenaires permettent de juguler l'impact lié à la crise sécuritaire.

o **Maladies transmissibles**

Le profil épidémiologique du pays est marqué par le double fardeau des maladies transmissibles persistantes et l'augmentation progressive des maladies non transmissibles. Par ailleurs, il faut souligner la fréquence accrue des maladies émergentes.

Au Burkina Faso, les maladies transmissibles étaient la cause de 50% des décès en 2010 et de 70% en 2014³⁷.

Des progrès ont été réalisés en matière de **lutte contre le Paludisme**³⁸. La létalité du paludisme grave chez l'enfant de moins de 5 ans a baissé de 1,7 point passant de 3,1% en 2011 à 1,4% en 2020. La létalité du paludisme grave chez les femmes enceintes est passée de 0,4% en 2011 à 0,09% en 2020. Le pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI2 a progressé de 10 points en passant de 62% en 2011 à 72% en 2020. Depuis le lancement du TPI3, le pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI3 a connu une augmentation passant de 37,4% en 2018 à 55,9% en 2020. Malgré ces

³⁷ Rapport sur l'État de la santé de la population du Burkina Faso, 2019. Observatoire national de la santé. Institut National de Santé publique.

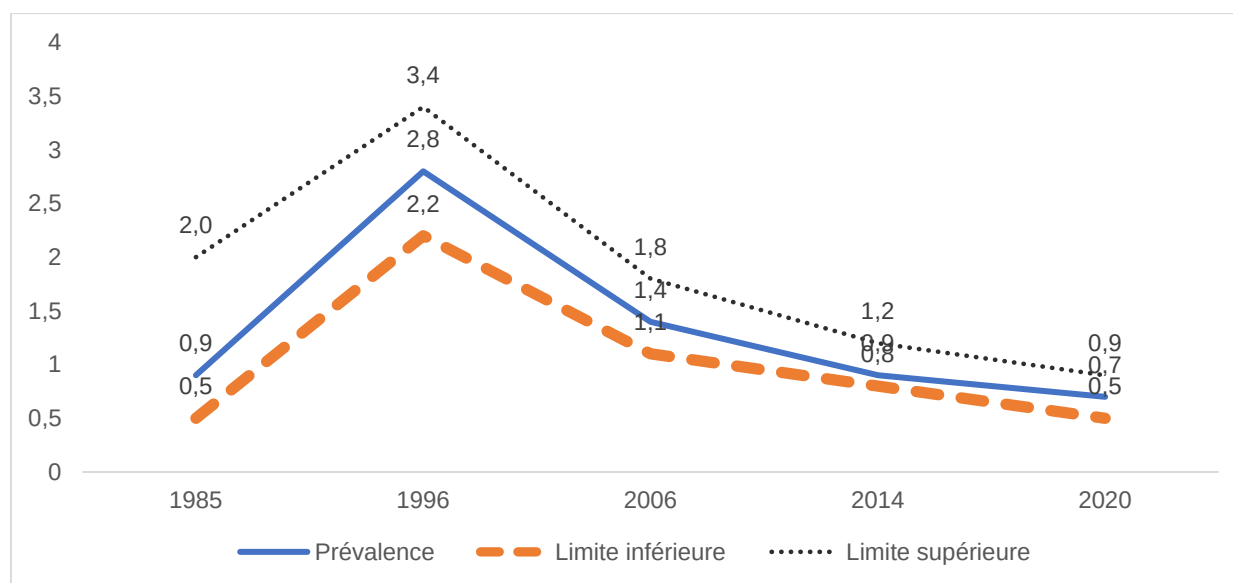
³⁸ Annuaire statistiques 2011 et 2020. MS Burkina Faso.

progrès remarquables, les objectifs n'ont pas été atteints pour la létalité du paludisme grave chez les enfants <5 ans (<1%) et pour TPI2 (90%) chez les femmes enceintes.

Dans les formations sanitaires de base, les trois (3) premières causes de mise en observation étaient en 2020 : le paludisme (54,1%), les infections respiratoires aiguës (18,1%) et la fièvre typhoïde (2,1%). Le paludisme grave occupe de loin le premier rang avec une proportion de 27,4% des causes de décès.

Au niveau des CMA et des hôpitaux les trois premières causes d'hospitalisation étaient en 2020 la pneumonie (6,6%), angine (6,3%) et le paludisme grave (6,2%). Le paludisme grave occupe de loin le premier rang avec une proportion de 13% des causes de décès. Chez les enfants de moins de 5 ans, on notait que le paludisme grave (109 026 cas, dont 2468 décès), les infections du nouveau-né (30 871 cas, dont 1 446 décès) et la prématurité (12 877 cas, dont 1 203 décès) demeuraient les trois (3) premières causes de décès.

Entre 2010 et 2019, le taux de prévalence nationale du VIH est passé de 1% à 0,7% (figure 8). Ce taux est passé de 1,2% à 1% chez les femmes et de 0,8% à 0,6% chez les hommes^{39 40}.



Source: construit à partir des données du SP/CNLS-IST, 2020

Figure 8 : Évolution de la prévalence du VIH dans la population des 15-49 ans en 2020

L'analyse de la prévalence du VIH par région montre des disparités. Ainsi, la région du Centre, avec la capitale Ouagadougou, a le taux le plus élevé, probablement dû à la

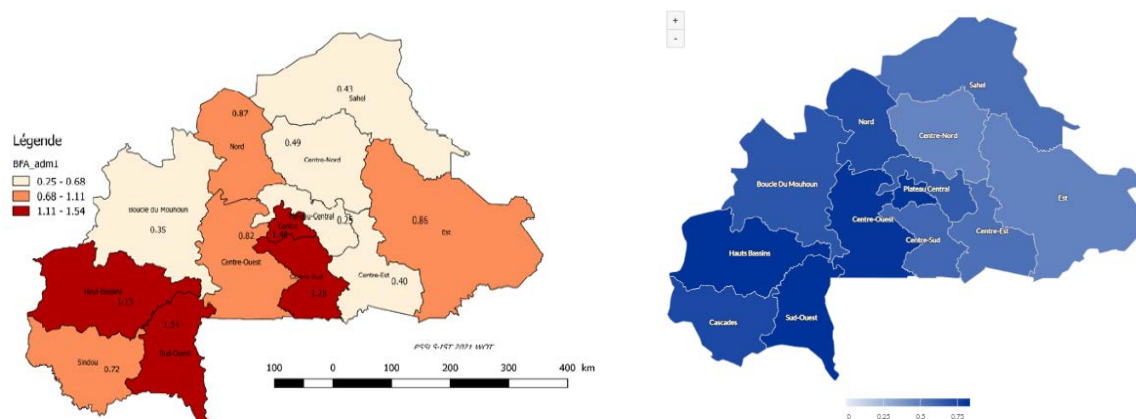
³⁹ Annuaire statistique 2020. MS Burkina Faso

⁴⁰ Rapport sur l'État de la santé de la population du Burkina Faso, 2019. Observatoire national de la santé. Institut National de Santé publique.

concentration croissante de la population suivie par les régions du Sud-Ouest, des Haut-Bassins, des Cascades et du Centre-Ouest (figure 9).

Les résultats de l'enquête de sérosurveillance chez les femmes de 15 à 49 ans montrent que les régions du Sud-Ouest, du Centre, des Hauts-Bassins et du Centre Sud présentaient les prévalences les plus élevées.

La proportion des femmes enceintes vues en CPN et testées positives pour le VIH est passée de 2,7% en 2003 à 0,8% en 2020.



Source : rapport sérosurveillance 2020

Source : NAOMI ONUSIDA

Figure 9 : Prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans en 2020

Figure 10 : Prévalence du VIH dans la population des 15-49 ans en 2020

En 2018, le taux de notification de la tuberculose était 27,6 pour 100 000 habitants. Le taux de mortalité due à la tuberculose a baissé de 28 en 2000 à 8,3 pour 100 000 habitants en 2020⁴¹. Malgré les avancées enregistrées dans la lutte contre cette maladie en termes de diagnostic et de traitement, des défis majeurs restent à relever. Ces défis concernent la sous-notification des cas, la prise en charge des co-infectés TB/VIH et des résistances aux antituberculeux.

En 2018, le croisement des résultats sérologiques aux données démographiques de l'enquête DHS détermine une prévalence nationale de 9,1% pour le VHB et de 3,6% pour l'hépatite C au Burkina Faso⁴².

Les infections respiratoires représentaient, 23,4% des 10 principaux motifs de consultations externes dans les FS de base. Les enfants de moins de 5 ans représentaient 57,74% de l'effectif total des cas de consultation pour les infections respiratoires aiguës⁴³ en 2020.

⁴¹ Annuaire statistique 2020. Ministère de la Santé. Burkina Faso.

⁴² Hepatitis B and C virus seroprevalence, Burkina Faso : a cross-sectional study Nicolas Meda, Edouard Tuallion, Dramane Kania, Adama Tiendrebeogo, Amandine Pisoni, Sylvie Zida, Karine Bollere, Isaïe Medah, Didier Laureillard, Jean Pierre Moles, Nicolas Nagot, Koumpingnin Yacouba Nebie, Philippe Van de Perre & Pierre Dujols. 2018.

⁴³ Annuaire statistique 2020. MS Burkina Faso.

Le Burkina Faso est régulièrement confronté à des flambées épidémiques : méningite, rougeole, dengue. En 2018, le pays a connu une épidémie de rougeole, avec 4.490 cas, dont onze décès. Puis en 2018 et 2019, des cas de méningite à *Neisseria meningitidis* C (NmC) ont été enregistrés. En 2019, ce germe a été responsable d'épidémies dans les zones 2, 3 et 4 du district sanitaire de Diapaga et dans la zone 2 du district sanitaire de Sebba, zones à sécurité précaire avec une forte présence de PDI. L'évolution du nombre de cas et de décès en ce qui concerne la méningite de 2010 à 2020 est présentée sur la figure ci-dessous.

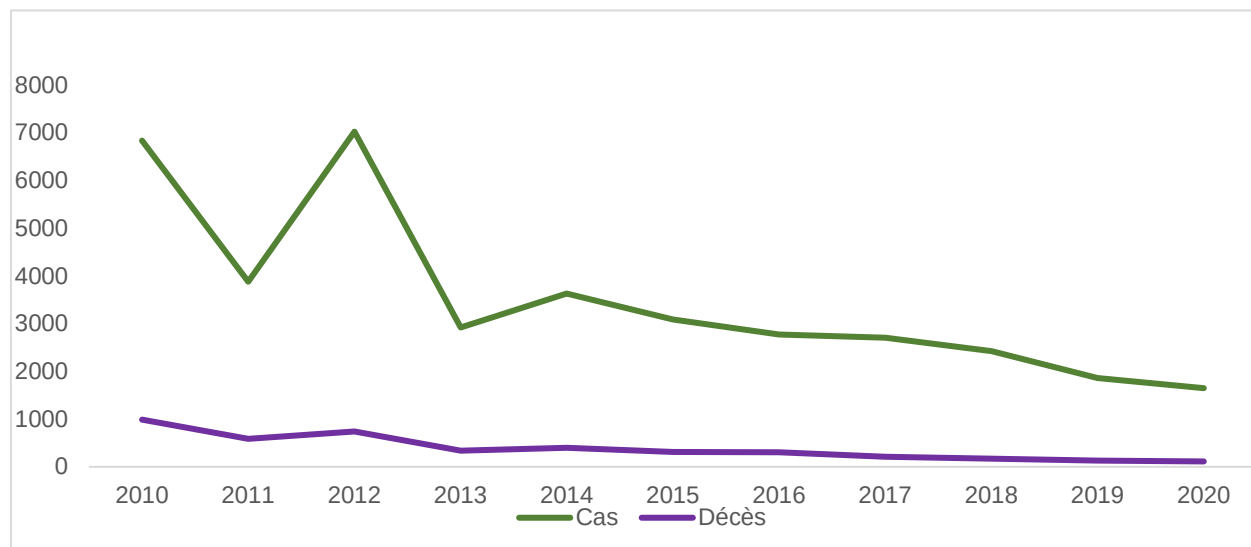


Figure 11 : Évolution des cas et des décès de méningite de 2010 à 2020

Le pays a connu la plus grosse flambée de cas de dengue en 2017 (avec 15 096 cas suspects, 8 808 cas probables et 30 décès) et en 2018 (4 385 cas suspects, 1 676 cas probables et 25 décès). (Annuaire statistique MS 2017, 2018).

En outre, le pays a été confronté à des épidémies de maladies émergentes : épidémie d'Ebola dans les pays voisins et la pandémie de la Covid-19 en 2020.

Le 9 mars 2020, le pays a enregistré ses premiers cas confirmés de COVID-19. La situation épidémiologique établie au 31 décembre 2020 note un cumul de 6 822 cas confirmés de COVID-19, avec 85 cas de décès⁴⁴. L'approche multisectorielle de la riposte adoptée par le pays a contribué à limiter la propagation de la maladie. Le pays a adhéré à la stratégie de vaccination et est éligible à l'initiative COVAX⁴⁵.

⁴⁴WHO, 2020, COVID-19 in the WHO African Region, 31 December, Burkina Faso: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard.

⁴⁵. OMS et UNICEF, 2020, présentation consacrée à l'information sur la facilité COVAX et l'Appui aux Mécanismes COVAX (AMC/COVAX), lors du briefing sur la situation, préparation et riposte au COVID-19 au Burkina Faso du 18 novembre.

Malgré les acquis dans la gestion des endémo épidémies, le pays est toujours confronté à la faiblesse de la surveillance épidémiologique, une préparation insuffisante aux épidémies et une dépendance financière en matière de riposte.

o **Maladies tropicales négligées**⁴⁶

Le Burkina Faso s'est inscrit dans les recommandations de l'OMS préconisant cinq stratégies d'action face à la charge des maladies tropicales négligées (MTN).

La chimio prévention par traitement de masse et les campagnes de détection active de cas sont deux interventions communautaires majeures.

La conduite d'enquêtes en population à des fins de cartographie ou pour le suivi et l'évaluation est une autre activité centrale.

Les seuils d'interruption de la transmission ciblés par l'OMS ont été relativement atteints, traduisant l'évolution de notre pays vers l'objectif de contrôle à l'horizon 2020. En effet, les enquêtes d'évaluation de la transmission réalisées révèlent des prévalences suivantes : (i) inférieures à 2% pour le trachome contre un seuil de 5%; (ii) inférieure à 1% pour la filariose lymphatique dans 60 districts contre un seuil de 1% ; (iii) inférieure à 5% dans 10 régions sanitaires pour la schistosomiase ; (iv) nulle pour les géohelminthiases dans la plupart des sites évalués.

Les MTN connaissent une faiblesse d'attention et de financement. Par ailleurs, les médicaments pour leur prise en charge sont peu accessibles et onéreux.

o **Maladies non transmissibles**

Les MNT sont en augmentation qu'il s'agisse des principales MNT (affections cardiovasculaires, diabète, cancers et maladies respiratoires chroniques) ou des autres MNT telles que les maladies mentales, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers, les maladies génétiques, les affections rhumatismales et les traumatismes dus aux accidents de la route. Les MNT représentent environ 2/3 des motifs de consultation chez les adultes.

Selon les résultats de l'enquête STEPS (2013), la majorité de la population (97,3%) était exposée à au moins un facteur de risque commun aux MNT. La prévalence de la consommation nocive d'alcool était de 23,7%, du tabagisme (11,3%) et de l'obésité (2,1%). Selon cette même enquête, au sein de la population de 25 à 64 ans, la prévalence globale était de 17,6 % pour l'HTA, de 3,5% pour l'hypercholestérolémie totale ; de 4,9%

⁴⁶ Document Stratégie du Programme 056, Santé publique 2020-2022

pour le diabète et 95% de la population avaient une consommation insuffisante en fruits et légumes.

La mise en œuvre de la stratégie WHOPEN initiée en 2019 va permettre d'améliorer l'offre de dépistage et de prise en charge du diabète et de l'HTA à partir des CSPS.

L'offre de soins reste insuffisante. En effet, tous niveaux confondus, aucune structure de soins ne dispose de tous les éléments traceurs et des molécules pour le diagnostic et le traitement des MNT. Les activités de prévention sont essentiellement portées par les OSC et souffrent d'une insuffisance dans la coordination et le financement.

De plus, les populations n'ont pas de comportements favorables à la santé.

o Santé des personnes âgées

En 2019, les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient 5,04% de la population⁴⁷
⁴⁸. Les principaux problèmes de santé de la personne âgée sont : les affections chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers...), les chutes, la dénutrition, la douleur, la dépression, les tentatives de suicide, la démence, les troubles locomoteurs, les troubles de la miction, les troubles du transit, les affections bucco-dentaires, les affections dermatologiques, les troubles visuels, les troubles du sommeil, le syndrome d'immobilisation ou état grabataire, les troubles de la communication, l'invalidité et les syndromes liés au vieillissement de l'appareil génital etc.

La prise en charge de la santé des personnes âgées est limitée par l'insuffisance de mise en œuvre d'activités de prévention, de promotion de la santé, de la protection sociale, le faible accès aux services et soins y compris pour les soins de longue durée, la faible disponibilité et accessibilité des médicaments et autres produits de santé, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la PEC, l'insuffisance d'infrastructures et d'équipements adaptés, l'insuffisance du dispositif réglementaire et institutionnel⁴⁹ ⁵⁰. Toutefois, un centre de gériatrie est en cours de construction dans la ville de Ouagadougou.

⁴⁷ Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso, Résultats préliminaires septembre 2020

⁴⁸ *Annuaire statistique du Burkina Faso, 2019. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Déc. 2020.*

⁵⁰ *Plan stratégique de santé des personnes âgées 2016- 2020. Ministère de la Santé. Burkina Faso*

o **Santé mentale**

Selon l'annuaire statistique de 2020, 19 474 cas de troubles mentaux ont été enregistrés pour l'ensemble des services de psychiatrie des centres hospitaliers nationaux et régionaux et des CMA. Les pathologies récurrentes sont les psychoses aiguës, les psychoses chroniques et les dépressions. On observe une demande de plus en plus croissante en matière de PEC des abus de drogues et d'alcool dans les formations sanitaires (624 troubles mentaux sont liés à la drogue).

La dégradation du contexte sécuritaire à partir de 2015, la survenue de catastrophes naturelles et de la COVID-19 ont été des sources de stress important pour les populations. Cette situation altère les capacités de résilience des populations déplacées et autres victimes directes ou indirectes avec un retentissement tant sur le plan psychique et psychologique des individus que sur la cohésion sociale. L'offre de soins en santé mentale et soutien psychosocial a été améliorée avec un renforcement de capacités des agents de santé notamment dans les zones à défi sécuritaire. Cependant, la santé mentale et le soutien psychosocial ne sont pas suffisamment développés (financement, ressources humaines etc.), dans les actions sanitaires et d'urgence humanitaire.

o **Réponse aux situations d'urgences et offre de services dans les zones touchées par l'insécurité**

Le Burkina Faso a été frappé par des épidémies récurrentes (méningite, rougeole, choléra, fièvre jaune, Hépatite E) et plus récemment la pandémie à Covid-19. Aussi, le pays fait face à des menaces émergentes (virus Ébola, fièvre de Lassa). En réaction à la COVID-19, le gouvernement a activé le CORUS et adopté un Plan de prévention et de riposte, dont le coût estimé à 107,8 milliards FCFA avec un taux de mobilisation de 56,7% en fin novembre 2020. Ce plan a été révisé pour prendre en compte la stratégie de vaccination contre la COVID-19 en fin juin 2021.

Le pays est régulièrement frappé par des catastrophes naturelles (inondations, sécheresse), des conflits inter communautaires, des attaques terroristes occasionnant des urgences sanitaires. Par ailleurs, des accidents de la circulation routière et des incendies graves sont souvent enregistrés faisant déborder le système de prise en charge sanitaire.

Les attaques perpétrées par les groupes armés terroristes se sont multipliées au cours de ces 5 dernières années et affectent principalement sept (7) régions (Sahel, Centre Nord, Boucle du Mouhoun, Nord, Est, Cascades et Centre Est). Cette insécurité limite l'accès des populations aux services de santé.

La détérioration de la situation sécuritaire a entraîné la rupture de la permanence des services et de la continuité des soins dans les régions touchées. Au 1^{er} juin 2020, 289

centres de santé (23% des centres de santé des cinq régions) ne fonctionnent pas ou fonctionnent à minima, privant 1,5 million de personnes d'accès aux soins. Dans les zones d'accueil, la prise en charge des populations déplacées augmente la charge de travail sur les personnels soignants et la pression sur la capacité d'accueil des FS ouvertes⁵¹.

Des stratégies de résilience ont été mises en place. La délégation de tâches, la formation à la prise en charge des traumatismes de guerre, le renforcement de la santé communautaire à travers la contribution des ONG et associations, le renforcement en ressources humaines, en équipements et produits de santé ainsi que le soutien au pilotage de l'action sanitaire ont permis de maintenir une certaine offre de services et soins aux populations restées dans les zones touchées.

La réponse aux situations d'urgence est souvent tardive et insuffisante à cause des faiblesses de la surveillance de routine, une préparation insuffisante et une dépendance vis-à-vis du financement extérieur.

- o ***Qualité des soins et services intégrés, sécurisés et centrés sur la personne***

Dans ce domaine, le leadership du Ministère de la santé s'est concrétisé par la création d'une direction en charge de la qualité afin qu'un accent particulier soit mis sur l'amélioration de la qualité des soins, sur la sécurité du patient et sur les soins centrés sur la personne. Parmi les progrès réalisés, il faut citer la mise en place des standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé au Burkina Faso, le référentiel qualité des formations sanitaires publiques et privées, l'élaboration et la diffusion des outils et le processus de certification et d'accréditation des services de santé en cours, le guide de sécurité des patients dans les services de chirurgie, de maternité et de néonatalogie et le guide de gestion des événements indésirables associés aux soins. Un certain nombre de défis restent à relever : (i) l'instauration de la culture de la qualité des soins et sécurité des patients dans le management des formations sanitaires, (ii) l'inscription d'autres indicateurs de la qualité dans le cadre de performance du PNDS (iii) la création d'une masse critique d'agents de santé formés et mobilisés pour la démarche qualité, (iv) le renforcement du processus de certification et d'accréditation des services et (v) la mobilisation des ressources suffisantes pour opérer les changements nécessaires.

- o ***Transformation des CSPS des chefs-lieux de communes en CM***

A partir de 2013, certains CSPS de chefs-lieux de communes ont été transformés en centres médicaux à travers l'affectation de médecin et le relèvement du plateau technique a amélioré l'accès des populations rurales à un palier plus élevé de soins.

⁵¹ Conseil National de Secours d'urgence et de Réhabilitation (CONASUR), Burkina Faso. Rapport N° 08/2020 d'août 2020.

Toutefois, le processus a été émaillé par des insuffisances. En effet, on constatait une faible disponibilité du corps médical au niveau des CSPS transformés en CM. Par ailleurs, les laboratoires qui devraient faciliter le diagnostic médical n'ont pas été mis en place partout. Les textes organisant la médicalisation ont été insuffisamment développés. A titre d'exemple, le système de référence et de contre-référence n'a pas été adapté au processus de transformation. En outre, le vide juridique devrait être comblé par la relecture du décret portant transfert des compétences de l'État aux communes. Cette relecture doit concerner également le décret portant modalités de mise à disposition des agents et la gestion de leur carrière.

Les paquets de soins essentiels n'ont pas été actualisés en tenant compte de la présence des spécialistes à certains paliers.

- o ***Offre de prestations hautement spécialisées***

La prise en charge de certaines affections (insuffisances cardiaques, les insuffisances rénales chroniques à indications chirurgicales et certaines neuropathies) dont l'incidence est croissante est lourdement affectée par l'insuffisance en personnel qualifié et en équipements et en produits de santé. D'une part, seule une faible proportion de ces patients est évacuée en Europe ou au Maghreb. D'autre part, les coûts de ces évacuations sont exorbitants.

D'une manière générale, la contribution du secteur privé médical à la réalisation des objectifs du système de santé est peu documentée. Pourtant, ce secteur est en plein essor et accueille une part non négligeable de la population.

On note aussi l'absence d'un plan de développement des services spécialisés de pointe pour prendre en charge les pathologies qui nécessitent encore des évacuations à l'étranger.

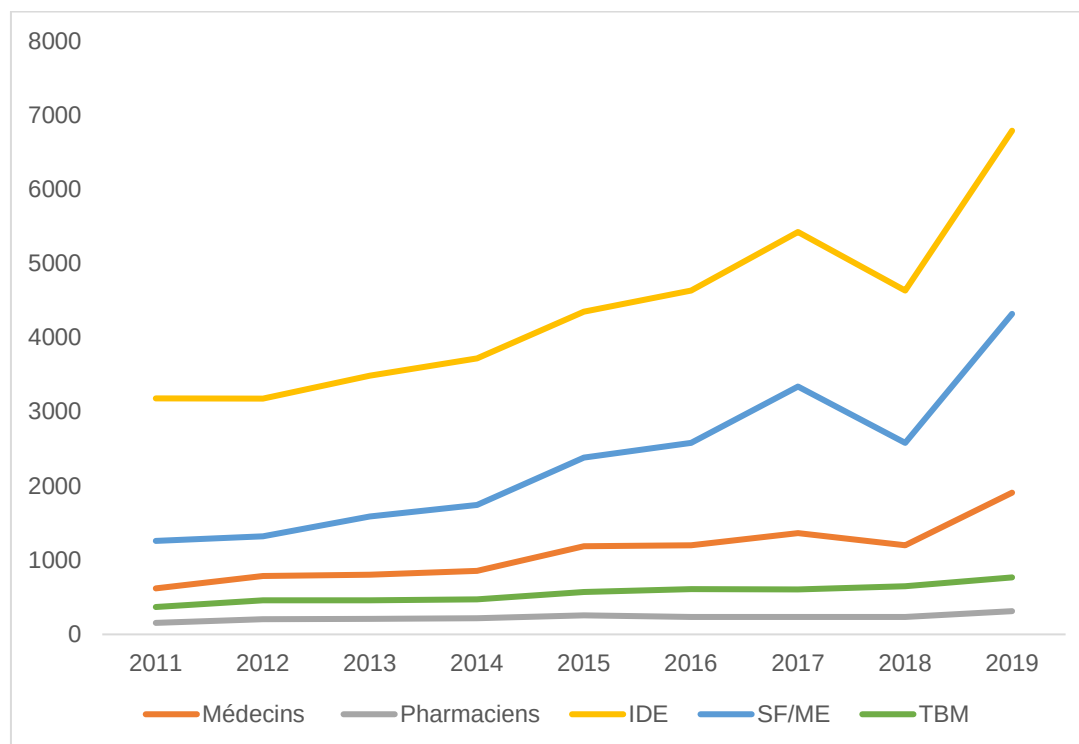
- o ***Réponse communautaire***

Les options conceptuelles et stratégiques en matière de santé communautaire ont été précisées. Une stratégie de santé communautaire a été élaborée et mise en œuvre. Aussi, le recrutement de 17 648 ASBC a renforcé considérablement la première ligne de prestations de soins et de services au sein des communautés. La santé communautaire a confirmé ses potentialités comme approche pour améliorer la couverture de services et de soins des populations en zones éloignées ou d'accès difficiles. Plusieurs défis se posent au stade actuel : (i) la motivation des ASBC, (ii) la supervision insuffisante des ASBC par les CSPS (iii) la faible qualité des données sanitaires fournies par les ASBC, (iv) les ruptures fréquentes en intrants et (v) l'ancrage du dispositif communautaire au processus de décentralisation.

De plus les associations/OBCE interviennent dans la promotion et l'éducation pour la santé en particulier dans la lutte contre le VIH/SIDA, les IST, la TB, le paludisme, la malnutrition et la COVID-19.

❖ Ressources humaines en santé

De 2011 à 2019, les effectifs totaux sont passés de 19 000 à 30 052 agents tout emploi confondu, soit un accroissement de 58,2%⁵² (figure 12).



Source: Annuaire statistique des ressources humaines du Ministère de la Santé

Figure 12 : Évolution des effectifs de quelques profils de 2011 à 2020 au niveau national

L'application des ratios personnels/habitants montrait que la cible était atteinte pour les IDE et SF/ME et presque atteinte pour les médecins généralistes. Cependant, l'application des nouvelles normes basées sur la charge de travail (WISN) montre un déficit persistant en IDE et SF/ME dans certaines FS tandis que d'autres connaissent des pléthores surtout au niveau CSPS, CM et CMA et dans certaines régions (figure 13). Par ailleurs la densité du personnel soignant est de 7,4/10 000 habitants en 2020, largement en dessous du seuil critique de 23/10 000 habitants recommandé par l'OMS. La proportion des structures de santé en adéquation avec les standards WISN⁵³ minimaux est passée de 21,4% en 2017 à 26,94% en 2020 pour une de 35% en 2022⁵⁴. Le pourcentage de CSPS répondant aux normes en personnel était passé de 83,1 % en 2011 à 94,3% en 2015 puis à 85,4% en 2020⁵⁵. La cible de 100% n'a pas été atteinte. L'iniquité dans la

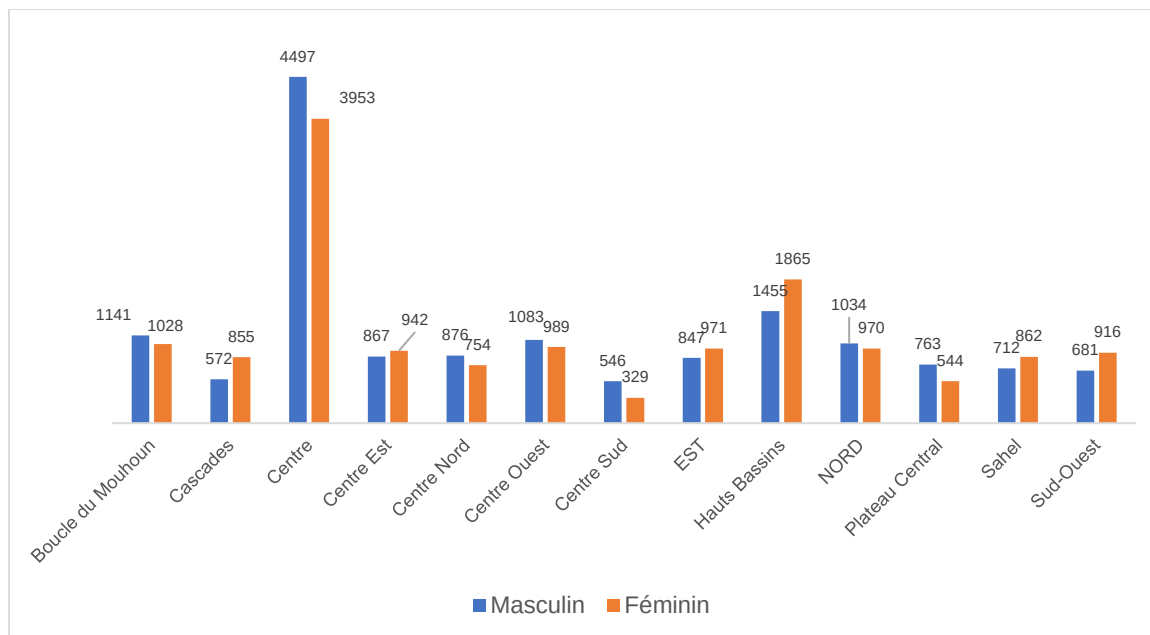
⁵² Annuaire statistique des ressources humaines du Ministère de la Santé, DRH Septembre 2020

⁵³ Normes en ressources humaines en santé du premier niveau de soins. Ministère de la Santé (2019)

⁵⁴ Plateforme e-gratuitédessoins2020.

⁵⁵ Annuaire statistique 2020. MS Burkina Faso

répartition des RHS, la faible motivation et le non-respect des règlements et de l'éthique sont toujours réels.



Source: Annuaire statistique des ressources humaines du Ministère de la Santé

Figure 13 : Répartition des effectifs du personnel en fonction du sexe et de la région en 2019

L'opérationnalisation de la FPH apparaît comme un élément important de motivation du personnel à rester dans les postes en zones difficiles. La gestion des carrières est rendue fluide grâce à la création de l'AGSP et des bureaux régionaux de RH au sein des DRS. La production des personnels de santé s'est améliorée grâce à la création de plusieurs institutions de formation avec une déconcentration des sites de formation au niveau l'ENSP (7 en 2011 à 13 en 2020) et une augmentation rapide du nombre d'écoles privées de formation professionnelle (47 en 2020). Il subsiste néanmoins le besoin de nouveaux profils dans le secteur nécessitant l'ouverture de nouvelles filières (informatique médicale, maintenance, inspection.....) et la formulation de stratégie de formation continue.

L'absorption de ressources humaines produites au niveau de l'administration publique et privée reste une préoccupation. Par ailleurs, le suivi des écoles publiques et privées en matière de respect des cahiers de charge est insuffisant. Les défis à relever sont l'opérationnalisation du système LMD et le processus d'accréditation des institutions de formation publiques et privées.

❖ **Système d'information sanitaire et recherche**

Le SNIS comprend six (6) sous-systèmes à savoir le sous-système d'information sanitaire de routine, le sous-système d'information sanitaire des études et enquêtes ; le sous-

système d'information sanitaire de gestion des programmes, le sous-système d'information sanitaire d'alerte précoce, le sous-système d'information sanitaire des données administratives et le sous-système d'information à assise communautaire.

L'analyse du SNIS de routine montre des progrès substantiels grâce à l'implémentation de Endos-BF sur la plateforme informatique du DHIS2 dans l'ensemble des districts sanitaires du pays. La saisie des données régulièrement par les gestionnaires de données formés a permis d'améliorer la complétude et la promptitude des données. L'implantation du DHIS2 et de la plateforme ENDOS-BF a permis au SNIS de produire régulièrement l'annuaire statistique du Ministère de la santé et d'alimenter la plateforme de redevabilité et permettre la prise de décisions.

Les insuffisances sont liées à l'instabilité de la connexion internet à tous les niveaux du système de santé pour la saisie en ligne. Les données produites restent peu utilisées dans les prises de décisions. Les données produites par les hôpitaux et le secteur privé restent incomplètes, manquent de promptitude et sont insuffisamment désagrégées. Aussi, la complétude des données collectées incluant celles des adolescents et des personnes âgées ainsi que la prise en compte des données de la médecine traditionnelle restent les défis majeurs.

Les perspectives sont l'extension à l'échelle du pays de la décentralisation de la saisie des RMA par les CSPS, la digitalisation des données individuelles des patients, l'interopérabilité entre les bases de données utilisées avec la base nationale Endos-BF, le renforcement de la complétude des données des FS privées et le développement de l'état civil.

L'analyse du SNIS de la surveillance épidémiologique note des acquis notamment la création du CORUS, la mise en place de la Plateforme de surveillance one Heath, la révision du SMIR pour l'adapter au contexte actuel et le renforcement de la surveillance des mesures de prévention et de riposte aux différents points d'entrée terrestres, aériens surtout avec l'avènement de nouvelles maladies (COVID-19, Ebola...). Les faiblesses sont la faible fonctionnalité des comités des gestions des épidémies, avec l'absence de cadre de concertation formelle entre les acteurs de première ligne (santé, police, douane, environnement), la faible collaboration transfrontalière etc.

Au niveau du sous-système à assise communautaire, chaque ASBC dispose de RMA transmis régulièrement au CSPS. Ces données sont saisies avec les données des CSPS ce qui permet d'avoir une bonne complétude. Certaines OBC ont une convention avec le MS ont accès à Endos-BF par des comptes d'accès qui leurs permettent de saisir directement leurs données. Mais on note une faible qualité des données sanitaires fournies par les ASBC. Dans le cadre de la digitalisation intégrale des interventions de

santé communautaire, le Ministère de la santé s'est engagé à promouvoir le mHealth qui est une plateforme informatique en phase de développement.

En ce qui concerne le sous-système des études et enquêtes, selon l'évaluation finale du PNDS, les résultats de la recherche pour la santé restent maigres et peu utilisés pour la prise de décisions. Les enquêtes en population (EDS, STEPS) ne sont pas régulièrement menées selon les délais requis. Par contre les enquêtes des programmes et des projets du Ministère de la santé sont menées régulièrement. Ce sont les enquêtes nutritionnelles, du programme de la lutte contre le paludisme et les enquêtes de couverture vaccinales.

Au niveau du sous-système d'information sanitaire des données administratives, le système d'état civil à l'état actuel ne répond pas aux besoins de prise de décision et à l'utilisation des acteurs du SNIS.

La coordination des initiatives de développement et l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) en santé sont insuffisantes. L'informatisation du système d'information des FS est précaire, ce qui ralentit le flux d'information au sein de ces structures et de la pyramide sanitaire toute entière. Cette situation altère la qualité des données produites et retarde leur exploitation.

L'allocation de ressources financières aux institutions de recherche par le budget de l'État et la création du fonds d'appui à la recherche en santé (FARES) ont permis d'améliorer les capacités de financement de la recherche pour la santé. Plusieurs canaux sont développés ou soutenus par le Ministère de la Santé pour la diffusion des résultats de recherche. Cependant les activités de recherche demeurent ponctuelles avec une insuffisance de financements et d'appropriation de la recherche en santé. L'utilisation des résultats de recherche pour la prise de décision, le faible niveau de coordination des centres de recherche et la promotion insuffisante des activités de recherche dans les hôpitaux restent des défis importants à résoudre.

❖ **Infrastructures, équipements et produits de santé⁵⁶**

La situation sanitaire est caractérisée par un accès limité des populations aux services de santé même si on constate une amélioration de l'accessibilité géographique avec le passage du rayon moyen d'action théorique des formations sanitaires publiques de 7,3 km en 2011 à 6,8 km en 2015 et à 6,2 km en 2020 et 5,6 km avec le privé pour une cible de 5 km. Cependant, il existe des disparités entre les régions et à l'intérieur des régions. Le plateau technique s'est considérablement renforcé, notamment en matière d'imagerie

⁵⁶ Annuaire statistique 2020. MS Burkina Faso

médicale (scanner, IRM, scintigraphie...), d'équipements pour la dialyse rénale (tableau 2) et la centrale de production de l'oxygène médical dans certains CHR/CHU.

Aussi, les laboratoires ont été renforcés en équipements biomédicaux (Automates d'hématologie, de biochimie, d'immunologie). Il y avait 3 525 lits d'hospitalisation dans les centres hospitaliers avec un taux moyen d'occupation de 62,5% et 1 542 lits dans les FS des districts avec un taux moyen d'occupation de 80,1%. Le taux moyen d'occupation des lits est passé de 53,8% en 2010 à 46,3% en 2015 et à 67,8% pour l'ensemble des structures d'hospitalisation en 2020.

Plusieurs instituts spécialisés sont en cours de création pour renforcer l'offre de soins de haut niveau tels que les centres de soins spécialisés en neurochirurgie, en médecine physique et de réadaptation, en médecine traditionnelle et alternative, en radiothérapie et en cancérologie implantés dans la région du Centre, et les centres de gériatrie implantés dans les régions du Centre et des Hauts-Bassins.

Cependant, il persiste plusieurs difficultés dont entre autres (i) la forte population (20,5% à un faible accès) vivant encore à plus 10 kms d'une formation sanitaire, (ii) l'insuffisance et l'hétérogénéité des infrastructures, équipements et matériels (iii) la maintenance défectueuse.

Tableau II : Évolution des infrastructures sanitaires au niveau national de 2011 à 2020

Indicateurs	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Effectif des CHU/N	4	4	4	4	4	5	6	6	6	6
Effectif des CHR	9	9	9	9	9	8	8	8	9	9
Effectif des CMA	44	44	45	47	47	46	45	45	45	46
Effectif des CM	36	51	32	35	43	52	57	63	71	71
Effectif des CSPS	1443	1495	1606	1643	1698	1760	1839	1896	1948	2041
Effectif des établissements sanitaires privés de soins hospitaliers *	80	79	78	84	94	98	133	135	150	165
Effectif des établissements sanitaires privés de soins non hospitaliers**	301	306	306	323	301	352	397	409	443	476

(*) (hôpital privé, polyclinique, clinique et centre médical)

(**) (cabinet médical, cabinet de soins infirmiers, cabinet dentaire, clinique d'accouchement, CSPS) source : Annuaire statistique MS 2020

En ce qui concerne les produits de santé, l'objectif d'assurer au moins 95% de disponibilité n'est pas atteint. En 2020, le pourcentage de DMEG n'ayant pas connu de rupture de

médicaments traceurs est de 14,5%. Au-delà des ruptures récurrentes en médicaments, on note une insuffisance de contrôle pré et post marketing pour l'ensemble des groupes thérapeutiques. Les fonctions réglementaires, telles que la promotion des produits pharmaceutiques, sont relativement vulnérables à la corruption. En ce qui concerne la pharmacie hospitalière, la mise en œuvre de la dispensation individuelle nominative au lit du malade, la pharmacie clinique et le fonctionnement des comités pharmaceutiques et thérapeutiques restent des défis à relever même s'il existe des expériences éparses.

Les produits sanguins sont cédés gratuitement aux populations, mais leur disponibilité n'est pas satisfaisante. Par ailleurs, 9 régions sur 13 disposent d'un centre de transfusion sanguine. Au cours de la décennie, un centre régional de transfusion sanguine à Tenkodogo et 4 dépôts préleveurs distributeurs de produits sanguins (DPD/PS) ont été ouverts et opérationnalisés à Ouahigouya, à Kaya, à Dédougou et à Gaoua. Les objectifs du CNTS n'ont pas été atteints à cause du financement insuffisant pour la production du sang et l'occupation du territoire par les structures du CNTS. Le taux de satisfaction en produits sanguins labiles (PSL) était de 76,33% en 2020. Ce niveau de satisfaction fait uniquement référence aux besoins enregistrés et satisfaits. L'assurance qualité reste un défi important.

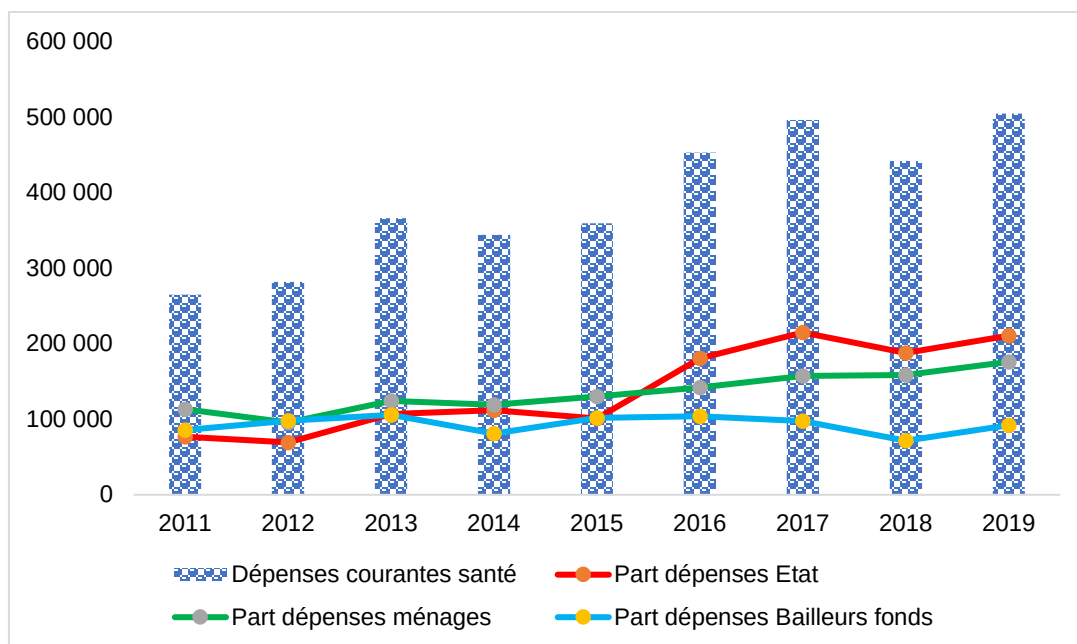
❖ **Financement de la santé**

Le financement du secteur de la santé au Burkina Faso repose principalement sur cinq principaux acteurs constitués de l'État, des ménages à travers les paiements directs, des apports extérieurs bilatéraux et multilatéraux, des ONG et Fondations internationales, des assurances et des entreprises.

La part du budget de l'État consacrée au ministère de la santé a régulièrement augmenté au cours de la période 2011-2020, passant de 9,1% en 2011 à 12,7% en 2020. Quant à la part du budget de l'État allouée au secteur de la santé, elle est estimée à 14,2% en moyenne sur la période de 2011 à 2020. Des efforts restent à faire pour respecter l'objectif des 15% de la déclaration d'Abuja.

En moyenne, 7,5 milliards FCFA par an du budget du ministère de la santé sont transférés aux collectivités locales pour assurer le fonctionnement et des investissements dans les CSPS placés désormais sous leur responsabilité dans le cadre de la décentralisation.

Selon les comptes de la santé, les dépenses courantes de santé sont passées de 264 milliards en 2011 à 504 milliards en 2019 (figure 14).

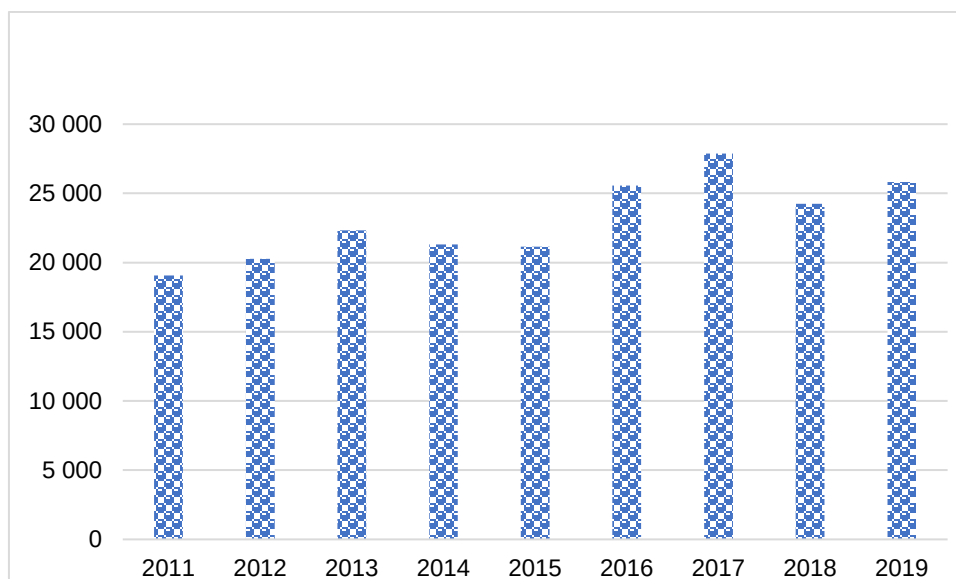


Source: Comptes nationaux de santé 2011 à 2019

Figure 14 : Évolution des dépenses de santé en millions de 2011 à 2019 au niveau national

La contribution des ménages est estimée en moyenne à 34% dans le financement de la santé entre 2011 et 2019⁵⁷. La dépense par tête d'habitant est passée de 17 629 FCFA en 2011 à 25 814 FCFA en 2019 soit une croissance de 46,2% sur la période (figure 15). Cependant, elle reste toujours en deçà de la norme de 112 \$USD (64 960 FCFA). La dépense de santé en pourcentage du PIB a connu une évolution irrégulière sur la période en passant de 4,8% en 2011 à 6,1% en 2019 (figure 15).

⁵⁷ Comptes nationaux de santé 2011 à 2019



Source: Comptes nationaux de santé 2011 à 2019

Figure 15 : Évolution des dépenses de santé par tête d'habitant de 2011 à 2019 au niveau national

La mobilisation des ressources financières a été faite à travers l'organisation de la table ronde des Bailleurs et la signature du Compact en 2013. En novembre 2019 le plaidoyer pour le financement du Dossier d'investissement SRMNEAN-ECSV a été réalisé. Entre 2011 et 2018, le niveau des financements mobilisés était de 78,6% en moyenne. Pour assurer un financement équitable et harmonieux du système de santé, le PADS a été créé en 2001. Cependant son fonctionnement connaît des difficultés liées au volume de plus en plus croissant des fonds ciblés induisant ainsi des inégalités dans la répartition des financements extérieurs.

La loi n°035-2020/AN du 19 octobre 2020 portant loi de finances pour l'exécution du budget de l'État exercice 2021, révèle une proportion de 13,5% accordée au Ministère de la Santé.

❖ **Leadership et gouvernance**

Le leadership et la gouvernance sont analysés à travers les activités d'élaboration et de mise en œuvre du PNDS. L'élaboration du PNDS 2011-2020 a été participative et inclusive et son contenu était aligné sur les référentiels nationaux et internationaux. L'objectif général du PNDS était aligné sur les priorités nationales et les stratégies étaient cohérentes par rapport aux problèmes identifiés. Les revues sectorielles animées par le CSD, ont été tenues régulièrement et ont rendu possible le monitoring de la performance, les réorientations nécessaires, la validation des stratégies d'accompagnement. Un rapport sectoriel de performance de la mise en œuvre de la matrice sectorielle a été

produit chaque année. Le secteur de la santé a essayé d'en faire aussi un outil de suivi du PNDS. Une plus grande harmonisation entre les indicateurs de la matrice sectorielle et ceux du PNDS permettrait de réduire les effets de cette dualité.

Les réunions des instances de suivi au niveau régional et au niveau district et les réunions des équipes fonctionnelles ont été moins régulières. Les Plans triennaux glissants et le document de programmation pluriannuelle des dépenses (DPPD) ont été élaborés dans les délais au niveau national. Cependant, l'élaboration des plans d'action annuels a toujours connu des retards. La planification opérationnelle a de même pris du retard au niveau régional et des districts.

Au cours des dix dernières années, la continuité de la gouvernance du secteur a été fragilisée par quatre changements de l'organigramme et les rotations rapides aux postes de responsabilité. Le dernier organigramme a connu des difficultés d'opérationnalisation de certaines structures notamment les directions provinciales de la santé et l'Institut national d'excellence en santé (INESS). Des unités de gestion et des secrétariats techniques ont été mis en place pour améliorer l'atteinte des résultats, la disponibilité d'une information sanitaire de qualité et pour dynamiser la collaboration intersectorielle autour des thématiques dividendes démographiques, nutrition et One Health.

Le processus de décentralisation dans le secteur santé a été relancé par le décret N° 2014-934/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPTSS du 10 octobre 2014 portant modalités de transfert des compétences et des ressources de l'État aux communes dans le domaine de la santé et de l'hygiène et le décret N°2014 920/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPTSS du 10 octobre 2014 portant modalités de transfert des compétences et des ressources de l'État aux Régions dans le domaine de la santé et de l'hygiène. Il se pose la question de l'effectivité de l'application de ces deux (2) textes sur le terrain.

La mise en œuvre de la Fonction publique hospitalière (FPH) avec la création de l'Agence nationale de gestion des soins primaires (AGSP) ajoute une autre problématique dans la collaboration avec les collectivités alors que celles-ci avaient pris, avec plus ou moins de succès, la responsabilité sur l'approvisionnement en certains consommables et sur le recrutement du personnel d'appui.

Malgré ces avancées, il subsiste encore des défis sur le partenariat des élus locaux avec le secteur, des difficultés d'exécution et de suivi des crédits délégués par les collectivités, une insuffisance de compétences des acteurs dans la gestion des crédits transférés et une faible prise en compte de la promotion de la santé dans les politiques de développement local.

Enfin, en qui concerne la collaboration intersectorielle, le leadership du ministère n'a pas été suffisamment affirmé pour mobiliser les autres secteurs intervenant dans les

déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la nutrition, l'environnement etc., pour l'atteinte de meilleurs résultats.

4.3.2. Promotion de la santé, communication et analyse des déterminants

❖ Promotion de la santé et communication

En matière de promotion de la santé, quatre principaux référentiels ont été élaborés et sont en cours de mise en œuvre : (i) la stratégie nationale de promotion de la santé, (ii) la stratégie nationale de santé communautaire, (iii) la stratégie nationale de communication pour le changement social et de comportement et (iv) le programme national de lutte contre le tabac.

Des campagnes « 100 jours pour convaincre », « zéro mariage d'enfants », la PCIME communautaire, la promotion des pratiques familiales clés, la Distribution à Base Communautaire (DBC), l'approche Individu Famille Communauté (IFC), la création de postes de santé communautaire ont été entre autres des interventions réalisées.

Dans le cadre de la lutte contre le tabac à la base, le processus d'intégration de la thématique aux curricula des établissements d'enseignement du post-primaire est entamé.

Compte tenu du fardeau croissant des maladies non transmissibles, la communication pour le changement social et de comportement et l'adoption d'un mode de vie favorable à la santé devraient jouer un rôle prépondérant.

❖ Analyse des déterminants

Accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement

En matière d'approvisionnement en eau potable et assainissement, les acquis majeurs concernent l'amélioration de l'accès à l'eau potable qui est passé de 71,9% en 2015 à 76,4% en 2020 et un taux d'accès à l'assainissement qui est passé de 18% en 2015 à 25,2% en 2020 grâce à la réalisation de nombreux ouvrages d'adduction d'eau potable et d'assainissement familiaux et communautaires. Les figures 16 et 17 montrent la disparité entre les régions des taux d'accès à l'eau potable et à l'assainissement en 2020.

L'eau était disponible et suffisante dans 64,6% des formations sanitaires. Les toilettes étaient disponibles et suffisantes dans 53,8% des formations sanitaires⁵⁸.

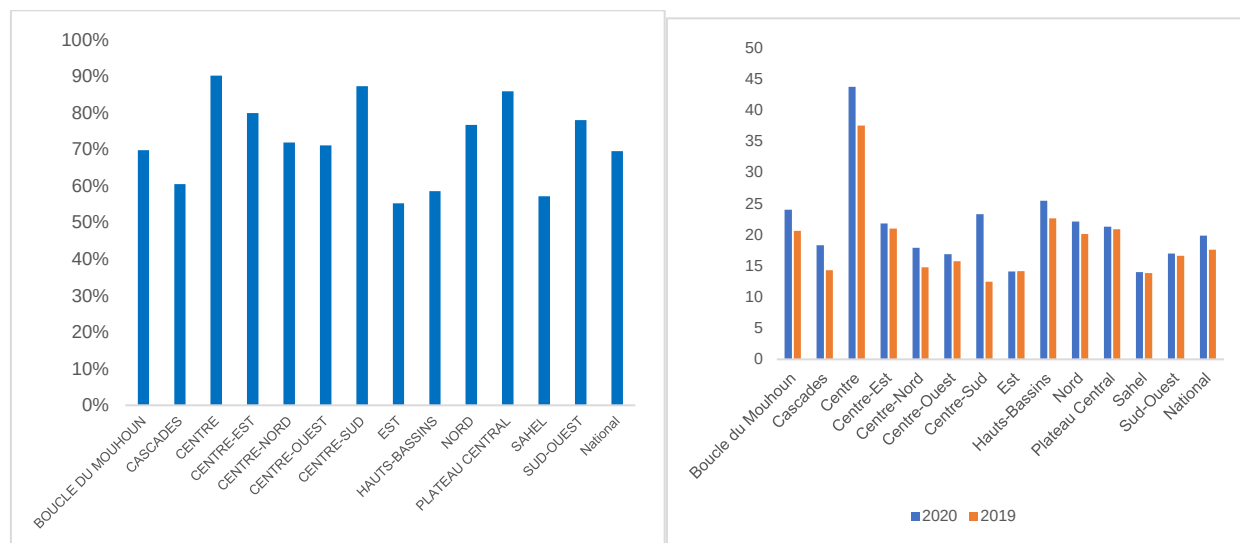
⁵⁸ Rapport Herams (Health resources and services availability monitoring system) Burkina Faso, Mai 2020.

Pour ce qui est de la gestion des déchets solides, la proportion des communes disposant d'un schéma fonctionnel de gestion des déchets solides est passée de 13% en 2015 à 28,13% en 2020.

La prévention et le contrôle des infections sont effectifs dans les formations sanitaires publiques et privées.

Les acquis ci-dessus décrits sont entravés par plusieurs difficultés. Il s'agit de : (i) l'insuffisance dans la gestion de l'approvisionnement en eau potable ; (ii) le faible accès des ménages à l'assainissement domestique ; (iii) la faible prise en charge des besoins spécifiques de la femme et de la jeune fille à savoir l'hygiène menstruelle ; (v) la faible prise en compte de toute la chaîne de valeur dans la gestion des déchets solides, des eaux usées et excréta ; (vi) l'insuffisance de financement et (vii) la faiblesse de coordination des acteurs intervenant dans le secteur de l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les centres de santé.

Seulement 7% de la population a accès à une toilette améliorée en milieu rural et 50% en milieu urbain, pour une moyenne nationale de 30%. La défécation à l'air libre est pratiquée par 55% de la population soit 9% en milieu urbain contre 75% en milieu rural.



Source : ino 2020, ministère de l'Eau et de l'assainissement

Figure 16 : Taux d'accès à l'eau potable en 2020 en fonction de la région	Figure 17 : Taux d'accès à l'assainissement en 2019 et 2020 en fonction de la région
---	--

Les insuffisances en matière d'habitat et d'assainissement du cadre de vie prédisposent à des maladies infectieuses. En 2014, un peu plus de sept (7) ménages sur dix (10) habitaient dans les zones non loties (39,5% en milieu urbain et 92% en milieu rural) avec un accès très limité à l'assainissement, à l'eau potable et à l'énergie⁵⁹. En 2016, la

⁵⁹ Rapport de l'enquête multisectorielle continue de 2014. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Burkina Faso.

proportion de villages et quartiers certifiés « Fins de défécation à l'air libre (FDAL) était de 1,9%⁶⁰.

Traumatismes, violences et maltraitance des enfants⁶¹

Le taux de maltraitance physique est de 15,6% pour les enfants de 12 à 17 ans (garçons 15,7%; filles 15,4%), contre 24,9% pour les enfants de 0 à 11 ans (garçons 25,3% et filles : 23,8%). La violence psychologique affecte 25,7% des enfants âgés de 12 à 17 ans (garçons 25,3%; filles 26,3%) et 27,2% des enfants âgés de 0 à 11 ans (garçons 27,3%; filles 27 %). La violence sexuelle touche 3,1% des enfants âgés de 12 à 17 ans. Un enfant sur quatre est affecté par au moins une forme de violence au Burkina Faso. Ces taux nationaux masquent des disparités géographiques selon les groupes d'âge et les formes de violence pouvant atteindre jusqu'à 80% des enfants dans de nombreuses provinces et plus de 40% dans plusieurs régions. Il existe une prise en charge sanitaire, sociale et juridique des cas de violences et maltraitance des enfants. Cependant, leur gestion est insuffisante au niveau des formations sanitaires

❖ *Déterminants individuels biologiques*

o *Âge*

La mortalité en bas âges détermine dans une large mesure le niveau de la mortalité générale. Cela tient du fait que les enfants constituent le groupe le plus vulnérable au plan sanitaire, surtout dans les pays en développement⁶². Aussi, le niveau et l'évolution de la mortalité infanto-juvénile sont considérés, en général, comme des indicateurs cruciaux du niveau de développement d'un pays, de l'état de santé d'une population, et du fonctionnement du système de santé, notamment dans les pays en développement⁶³.

De ce fait, comme le souligne le rapport sur l'état de la santé de la population en 2020, la jeunesse de la population nécessite des investissements plus importants dans les domaines de certaines maladies infectieuses et parasitaires.

Également, l'augmentation progressive de la longévité et la baisse de la fécondité engendrent une croissance rapide de l'effectif des personnes âgées et de leurs besoins, notamment sanitaire (prévention et traitement des maladies chroniques, accès aux soins⁶⁴. En l'absence de système de protection sociale adéquat, la prise en charge des personnes âgées repose essentiellement sur le système de solidarité familiale. Avec l'affaiblissement des solidarités familiales, une attention particulière doit être accordée à la santé des personnes âgées⁶⁵.

⁶⁰ Rapport du Programme national d'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement. Rapport 2016. Ministère de l'eau. Burkina Faso.

⁶¹ Inspire 2017, sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants. OMS 2017

⁶² Cintract, 2013

⁶³ Mboko Ibara, 2010 ; Vimard et Cherkaoui, 2010

⁶⁴ Antoine, 2009

⁶⁵ Roth, 2010

o Sexe

Le Burkina Faso enregistre toujours une fécondité élevée, à la fois précoce et tardive ; ce qui accroît la vulnérabilité de la femme au plan sanitaire. Avec un rapport de mortalité maternelle de 330 pour 100.000 naissances, les décès maternels demeurent fréquents et sont causés principalement par des causes évitables. En effet, selon l'annuaire statistique de l'année 2018 du Ministère de la santé, les cinq principales causes de décès maternels intra hospitaliers sont les hémorragies (28,3%), les infections (10,8%), les éclampsies (8,3%), les ruptures utérines (4,2%) et les avortements (3,8%). Aussi, les femmes sont souvent victimes de maladies spécifiques comme les pathologies gynécologiques (cancers du sein, cancers du col de l'utérus, etc.) et les fistules obstétricales et sont plus vulnérables aux IST et VIH-SIDA que les hommes.

Au Burkina Faso, les principales affections héréditaires sont la drépanocytose qui touche 8 900 enfants, dont 7 150 porteurs du trait drépanocytaire (AS) sur 100 000 nouveau-nés, et l'albinisme avec environ 1 680 enfants albinos dénombrés en 2013⁶⁶. Selon des données parcellaires, environ 2000 Burkinabè seraient atteints d'hémophilie, une maladie qui touche les enfants de sexe masculin.

❖ **Facteurs liés aux modes de vie individuels**

o *Non-respect des consignes de sécurité routière*

Selon l'Office national de la sécurité routière (ONASER), entre 2008 et 2017, on a enregistré 156 903 cas d'accidents dont 74% des cas sont constatés dans les villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso. Le nombre de décès constatés sur le lieu de l'accident a varié en dents de scie durant la même période avec des extrêmes de 3,3 et 6,8 décès pour 100 000 habitants.⁶⁷

o *Consommation nocive de l'alcool, du tabac et des autres substances addictives*

La consommation des psychotropes en milieu scolaire prend de l'ampleur avec une prévalence de 34 % pour l'alcool, 10 % pour le tabac, 5% pour les somnifères et tranquillisants, 1,7% pour le cannabis et 7% pour d'autres substances⁶⁸. Le Tramadol est utilisé à forte dose par les jeunes pour ses propriétés antifatigues et son usage irrationnel a des effets néfastes tels que les dépendances psychologiques et physiques, les troubles neuropsychiques, les dépressions respiratoires, les attaques cardiaques, la mort, etc⁶⁹.

o *Sexualité à risque*

⁶⁶ Recensement général des enfants handicapés au Burkina Faso, 2013

⁶⁷ Annuaire statistique, 2017. Ministère des Transports de la mobilité urbaine et de la sécurité routière.

⁶⁸ Consommation des psychotropes en milieu scolaire, au Burkina Faso : Prévalences et facteurs de risque. L. NIKIÉMA1 , S. KOUANDA1 , I. SECK2 et coll. Vol. 34, n°s 1 et 2 — janvier-décembre 2011, Science et technique, Sciences de la santé

⁶⁹ État de santé de la population du Burkina Faso 2019, INSP : <http://onsp-sante.bf/publication/290/etat-de-santé-de-la-population-du-burkina-faso>

Selon l'EDS 2010, 16,2% des hommes de 15-49 ans ont eu au moins deux partenaires sexuelles au cours des douze (12) derniers mois contre 0,6% des femmes du même groupe d'âge. Parmi les hommes ayant eu des partenaires sexuelles multiples, seulement 27% ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec la dernière partenaire⁷⁰. Selon les résultats d'une étude réalisée en 2016, on a dénombré en moyenne 1 300 cas de grossesses par année scolaire⁷¹ avec de fortes disparités régionales.

- o Inactivité physique.

La proportion de personnes n'ayant aucune activité physique était de 38,4% en milieu urbain et de 25,7% en milieu rural. La prévalence du surpoids était de 13,4%, dont 4,5% d'obésité chez les personnes de la tranche d'âge de 25-64 ans⁷².

- o Habitudes alimentaires non adéquates

Cinquante-six pour cent (56%) de la population ne consomment ni de fruits ni de légumes⁷³. La consommation des aliments riches en sucre, sel et graisse est inadéquate. Cette situation se traduit par une prévalence élevée du surpoids (13,4%), de l'obésité (4,5%) et de l'hypercholestérolémie (3,5%)⁷⁴.

- o Automédication

La pauvreté, l'analphabétisme, le manque d'accessibilité aux soins de santé, les croyances socioculturelles, l'accessibilité à des médicaments sans ordonnance médicale en pharmacie, les médias, les réseaux sociaux et les publicités sont autant de facteurs favorisant cette pratique. Les données statistiques sont peu disponibles pour alimenter ce volet⁷⁵.

❖ **Influence sociale et communautaire**

Les réseaux sociaux et communautaires ont une influence sociale et collective. La présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs. Le développement des associations et réseaux communautaires a permis aux populations de profil sanitaire similaire de renforcer la mobilisation en faveur des actions de santé, de l'accès et de l'observance des traitements. On peut citer entre autres, les associations des diabétiques, des dialysés, des

⁷⁰ Enquête de démographie et de santé de 2010. Institut national de la statistique et de la démographie. Burkina Faso

⁷¹ Rapport d'une enquête sur les grossesses en milieu scolaire, 2016. Ministère de l'Économie des finances et du développement, Direction générale de l'économie et de la planification.

⁷² Rapport sur l'enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Ministère de la Santé.

⁷³ Rapport de l'Enquête nutritionnelle nationale 2018. Ministère de la Santé du Burkina Faso

⁷⁴ Rapport sur l'enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Ministère de la Santé.

⁷⁵ Rapport sur l'État de la santé de la population du Burkina Faso, 2019. Observatoire national de la santé. Institut National de Santé publique.

drépanocytaires etc. Par contre, la stigmatisation/discrimination dont sont l'objet certaines personnes limite leur utilisation des services de santé.

❖ **Conditions de vie et de travail**

o *Accès à l'éducation*

Bien que le taux brut de scolarisation au primaire soit appréciable (88,8%), le constat est que les taux d'achèvement restent relativement faibles, 61,7% au primaire, 39% au post-primaire et 15,4% au secondaire. Plus de la moitié des enfants scolarisés sont exclus du système scolaire avant l'âge de 19 ans révolus. Le taux d'alphabétisation des populations de 18 ans et plus est de 29,5% ; ce qui indique que plus de 2/3 de la population générale ne savent ni lire ni écrire aussi bien en français que dans les langues nationales⁷⁶.

o *Disponibilité et accessibilité aux ressources alimentaires*

Selon les données de l'enquête permanente agricole (EPA), 42,5% des ménages agricoles n'étaient pas à mesure de couvrir leurs besoins céréaliers avec leur seule production de la campagne 2018-2019⁷⁷. Selon l'analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition réalisée en 2014 au Burkina Faso, presque un ménage sur cinq était en insécurité alimentaire modérée (18%), 1% en insécurité alimentaire sévère et 43% en situation de sécurité alimentaire limitée⁷⁸.

❖ **Les déterminants culturels et environnementaux**

o *Aspects culturels*

Les pesanteurs socioculturelles influencent toujours l'état de santé de la population burkinabè. En effet, les filles et les femmes sont victimes de pratiques culturelles telles que l'excision et le mariage précoce⁷⁹. Par ailleurs, certaines pratiques culturelles retardent le début des consultations prénatales, favorisent la malnutrition et limitent l'utilisation des méthodes contraceptives.

o *Aspects environnementaux*

La pollution de l'air - Une étude sur la qualité de l'air dans les villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso révèle que les valeurs des particules en suspension dans l'air dont le diamètre est inférieur à 10 microns (PM10) sont largement supérieures aux normes établies par le décret 2001-185/PRES/PM/MEE du.... Les poussières émises restent la pollution principale de la ville avec une concentration moyenne journalière de 176µg/m3 et des pics pouvant atteindre 600µg/m3 contre une norme OMS de 70µg/m3. Cette pollution est responsable d'environ 15% d'augmentation des maladies respiratoires⁸⁰.

⁷⁶ Annuaire statistique 2017. Ministère de l'Éducation nationale, de l'alphabétisation et de la promotion des langues nationales. Burkina Faso.

⁷⁷ Rapport de l'Enquête permanente agricole. Rapport 2019. Ministère de l'Agriculture.

⁷⁸ Rapport de l'Analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Rapport 2014. Programme alimentaire mondial.

⁷⁹ Enquête de démographie et de santé de 2010. Institut national de la statistique et de la démographie. Burkina Faso

⁸⁰ Rapport sur l'état de la qualité de l'environnement de 2019. Ministère de l'Environnement, de l'Économie verte et du changement climatique.

Gestion des déchets - Les insuffisances dans la gestion des déchets de façon générale et plus spécifiquement les biomédicaux (tri, collecte, stockage, transport et élimination) constituent une menace pour la sécurité des patients, des prestataires, des riverains et exposent à des risques environnementaux. A titre d'exemple, le taux global d'équipement en incinérateur fonctionnel était de 45% dans les structures sanitaires enquêtées en 2018. Parmi les incinérateurs existants, 68% étaient artisanaux. Par ailleurs 29% des formations sanitaires pratiquaient le brûlage à l'air libre⁸¹. Cependant, il existe aujourd'hui une initiative du Partenariat public privé pour le traitement des déchets biomédicaux à Ouagadougou et à Bobo Dioulasso.

Urbanisation rapide- En 2006, la population urbaine était de 3 181 967 soit une proportion de 22,7%⁸². En 2019, elle est de 6,2 millions soit une proportion de 30,9%⁸³.

Augmentation explosive des déplacements et de leur rapidité - Le Burkina Faso de par sa situation géographique est au cœur des migrations en Afrique de l'Ouest et du Centre. En 2019, il y avait 349 652 étrangers vivant au Burkina Faso et 1 012 586 Burkinabè vivaient à l'étranger⁸⁴.

Réchauffement climatique - Au Burkina Faso, les tendances climatiques à travers l'utilisation des modèles climatiques et des scénarii de changement climatique traduisent une augmentation des températures moyennes de 0,8°C à l'horizon 2025 et de 1,7°C à l'horizon 2050, une diminution de la pluviométrie de -3,4% en 2025 et de -7,3% en 2050. En 2025, la projection indique une diminution du volume d'eau annuel écoulé de la Comoé et du Mouhoun par rapport à la normale de 1961-1990. En revanche, les volumes annuels d'eau des bassins du Nakambé et du Niger augmenteront du fait de la diminution des infiltrations en faveur des ruissellements suite à la dégradation accrue des sols et du couvert végétal⁸⁵.

4.4. Prise en compte du genre, de l'équité et des droits humains dans le secteur de la santé

Afin de promouvoir l'équité et les droits humains les acquis suivants ont été observés :

(i) la prise en charge des indigents, (ii) la collecte et la désagrégation des données selon les tranches d'âge, le milieu de vie, le niveau d'instruction, de revenus, les régions, la profession, (iii) l'intégration des rampes d'accès dans les plans de construction des centres de santé et des bâtiments administratifs et l'utilisation des cartes d'invalidité pour la prise en charge sanitaire des handicapés, (iv) la politique de gratuité des soins ciblés et de la PF, (v) l'institutionnalisation de la budgétisation sensible au genre, (vi) l'appui à

⁸¹ Etude de faisabilité sur la mise en place d'un système national mutualisé de gestion des déchets biomédicaux au Burkina Faso. Rapport provisoire, juin 2018. Ministère de la Santé.

⁸² Rapport de synthèse des rapports d'analyse du RGPH 2006, INSD 2009

⁸³ Rapport sur l'État de la santé de la population du Burkina Faso, 2019. Observatoire national de la santé. Institut National de Santé publique.

⁸⁴ <https://migration.iom.int/reports/burkina-faso-%E2%80%94-rapport-sur-le-suivi-des-flux-de-populations-36-mars-2020>

⁸⁵ Programme d'action national d'adaptation à la variabilité et aux changements climatiques. Ministère de l'Environnement Burkina Faso et du cadre de vie. Burkina Faso 2007.

la vaccination des populations déplacées à l'intérieur du pays du fait de l'insécurité, (vii) l'amélioration de l'accessibilité géographique par la construction de nouvelles formations sanitaires, (viii) l'assurance maladie universelle, (ix) les interventions différenciées aux populations clés et (x) la redevabilité dans le cas de la veille communautaire.

Malgré ces acquis, les défis restent énormes :

- l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle;
- la désagrégation complète des données sanitaires en fonction des variables;
- la disparité régionale d'accès à l'eau potable en défaveur des régions suivantes : Boucle du Mouhoun, du Centre Ouest, de l'Est, des Hauts Bassins, du Nord, du Sahel et du Sud-Ouest
- la réduction du rayon moyen d'action dans les régions du Sahel, de l'Est et des Cascades ;
- l'amélioration de l'accès aux services de planification familiale chez les adolescentes de 15-19 ans dans les régions du Sahel, de l'Est et de la Boucle du Mouhoun ;
- la régularité du financement, la disponibilité et la gestion des médicaments dans la mise en œuvre de la politique de gratuité ciblée :
- le passage à l'échelle et prise en compte des recommandations de la veille communautaire dans la planification et l'organisation des soins;
- la prise en compte des besoins spécifiques des personnes handicapées
- l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins surtout dans les régions où l'incidence de pauvreté est au-dessus de la moyenne nationale (40,5%) telles que le Plateau-Central (45,4%), le Centre-Nord (47,0%), l'Est (46,6%), le Centre-Ouest (51,7%), la Boucle du Mouhoun (59,7%) et le Nord (70,4%).

Selon l'EMC 2015⁸⁶, 67,6% des femmes ont subi une forme de mutilation génitale féminine.

La situation sécuritaire précaire contribue fortement à accentuer toutes ces inégalités.

4.5. Performance du système de santé

Le PNDS 2011-2020 a été évalué en décembre 2020. Son cadre de performance comportait 34 indicateurs. Le détail des indicateurs est présenté dans le tableau VIII en annexe.

⁸⁶EMC-MDS 2015

❖ Progression des indicateurs

La plupart des indicateurs affichaient une progression en dents de scie. Parmi les 34 indicateurs, cinq (5) indicateurs ont atteint la cible. Dix-neuf indicateurs (19) affichaient un taux de réalisation supérieur au niveau de base mais sans atteindre la cible tandis que le niveau de réalisation était inférieur au niveau de base (2011) pour sept (7) indicateurs.

Parmi les causes de cette insuffisance de performance, il faut citer : (i) le financement insuffisant du PNDS, (ii) l'insuffisance de gestion des ressources humaines (iii) une offre de services et une capacité opérationnelle insuffisante et en baisse entre 2011 et 2020, (iv) les différentes crises qui ont frappé le pays au cours de ces dix dernières années, (v) les barrières géographiques et financières à l'accessibilité des services de santé.

L'analyse de la performance au niveau régional et district montrait une répartition hétérogène, récurrente, fluctuante dans le temps et variable selon l'indicateur ou le groupe d'indicateurs considéré.

❖ Niveau de satisfaction des clients et des usagers des services de santé

L'évaluation du PNDS 2011-2020 a aussi porté sur la satisfaction des bénéficiaires de prestations de services à travers une enquête (tableau III).

En termes de résultats, on peut noter que le niveau de satisfaction générale du passage dans les centres de santé (accessibilité géographique et financière, accueil, qualité des soins reçus, disponibilité des médicaments, hospitalisation, etc.) est de 40%.

Les interventions prioritaires du PNDS prises en compte par l'enquête sont la gratuité des soins, la lutte contre le paludisme, les SONU, la PF, la PCIME.

Tableau III : Niveau de satisfaction des bénéficiaires des services de santé au cours de l'évaluation finale du PNDS 2011-2020

N°	Items	Niveau
1.	Gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes	94%
2.	Effectivité de la gratuité	64%
3.	Prestations de SONU	76%
4.	Lutte contre le paludisme (MILDA)	92%
5.	Chimio prophylaxie contre le paludisme saisonnier	79%
6.	Disponibilité de la PF	71%
7.	Accessibilité financière de la PF	68%
8.	PCIME (FS et Communautaire)	67%

Le tableau III montre un niveau de satisfaction qui variait de 94% pour la mesure de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes à 67% pour la prise en charge des maladies de l'enfant dans les centres de santé et dans les

communautés. Globalement, le niveau de satisfaction des bénéficiaires des interventions prioritaires du PNDS est satisfaisant. Néanmoins, quelques éléments de non-satisfaction ont été évoqués par les bénéficiaires. Les principales **raisons de non-satisfaction** des bénéficiaires des services de santé sont (i) la rupture des médicaments dans les FS, (ii) les paiements indus malgré la gratuité des soins, (iii) le mauvais accueil, (iv) la vétusté, le faible niveau d'équipement des centres de santé et d'hygiène, (v) le manque de sang, etc.

Les principaux **changements observés les dix (10) dernières années** par les bénéficiaires sont (i) la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, (ii) l'accroissement du nombre de personnels de santé; (iii) la construction de nouvelles infrastructures de santé et (iv) la présence des ASBC pour les sensibilisations dans les villages, etc.

Les principaux **besoins prioritaires des bénéficiaires pour les dix (10) prochaines années** sont (i) le renforcement de la gratuité des soins en cours par l'amélioration de la disponibilité des médicaments, l'extension de la gratuité des soins à d'autres cibles (hommes, femmes non enceintes, personnes démunies, personnes âgées, etc.), (ii) la mise à disposition du sang, (iii) la construction de nouvelles infrastructures de santé et (iv) le renforcement des capacités du personnel de santé en accueil et communication interpersonnelle.

Les recommandations majeures sont : (i) renforcer l'effectivité de la gratuité des soins en minimisant la rupture des médicaments, (ii) accroître les infrastructures et les équipements de santé, (iii) améliorer la répartition du personnel de santé, (iv) élaborer des plans intégrés de communication des interventions prioritaires du PNDS et (v) accroître la qualité des soins dans les services de santé du pays.

4.6. Points forts, points à améliorer, opportunités et menaces

4.6.1. Leadership Gouvernance

Points forts

- le Ministère de la Santé est bien structuré et les rôles bien définis ;
- le Budget-programme est implémenté depuis 2017,
- les organes de pilotage au niveau central (CSD et CASEM) ont bien fonctionné,
- un dispositif de réponse aux situations d'urgences consécutives aux catastrophes naturelles, épidémies et à l'insécurité est mis en place,
- des stratégies de résilience pour assurer la permanence et la continuité des soins ont été élaborées,
- la mise en place d'un secrétariat technique chargé de la CSU ;
- l'existence de textes constitutifs des ordres professionnels, des sociétés savantes.

Points à améliorer

- la perte de la continuité administrative liée à 4 changements d'organigramme en 10 ans ;
- les changements fréquents et rapides du cadre stratégique et technique au sommet de la pyramide ont perturbé le pilotage du plan ;
- le basculement vers le Budget-Programme n'est pas totalement effectif ;
- la tenue irrégulière des réunions statutaires par les organes de mise en œuvre du PNDS au niveau régional (CTRS, CSD, CODI, CRC) ;
- les équipes fonctionnelles du suivi de l'exécution du PNDS n'ont pas toutes rempli leurs missions ;
- l'insuffisance de textes réglementant les pratiques professionnelles et les organes de régulation ;
- l'insuffisance de la collaboration intra et intersectorielle ;
- la non-opérationnalisation du conseil supérieur de la santé ;
- la faible représentativité de certains emplois et des femmes dans les postes de responsabilité ;
- la faible fonctionnalité des chambres disciplinaires des ordres professionnels ;
- l'absence de normes en infrastructures et équipements pour les hôpitaux de district, les CHR et CHU ;
- l'insuffisance dans le respect des cahiers de charges des universités et instituts de formation ;
- l'insuffisance dans le respect des cahiers de charges des établissements sanitaires privés de soins ;
- l'insuffisance dans la coordination des activités de recherche entre les centres de recherche et les formations sanitaires ;
- l'insuffisance dans la prise en compte des avis et engagements pris envers les ordres professionnels, les syndicats et les sociétés savantes ;
- l'insuffisance de prise en compte du genre.

4.6.2. Prestations de services

Points forts

- le renforcement de la santé communautaire et la délégation de tâche a permis de fournir les services essentiels aux communautés dans les zones isolées, d'accès difficile ou touchées par l'insécurité ;
- la couverture en services et soins à la mère et à l'enfant a été améliorée ;
- la formation à la prise en charge des traumatismes de guerre a permis de maintenir une certaine offre de services et soins aux populations restées dans les zones touchées ;

- la gamme de prestations notamment spécialisées s'est élargie y compris la médecine traditionnelle et alternative ;
- certains CSPS urbains ont été médicalisés ;
- la transformation des CSPS chefs-lieux de communes en CM a amélioré l'accès des populations rurales à un palier plus élevé de soins ;
- la transformation de CHR en CHUR pour une meilleure gestion de l'espace sanitaire régional.

Points à améliorer

- le système classique de référence contre référence entre les différents niveaux de soins est peu respecté ;
- le plateau technique n'est pas en adéquation avec les spécialités déjà disponibles dans certains CHR ;
- l'absence d'une définition actualisée des paquets de soins essentiels à chaque palier de soins ;
- l'absence d'un plan de développement des services spécialisés de pointe pour prendre en charge les pathologies qui nécessitent encore des évacuations à l'étranger ;
- la contribution du secteur privé médical est peu documentée ;
- la santé et la sécurité des travailleurs sont insuffisamment prises en compte ;
- l'offre de prise en charge hautement spécialisée de certaines affections est insuffisante ;
- l'insuffisance dans la mise en place des protocoles de prise en charge et leur respect ;
- l'insuffisance dans la réglementation et la rationalisation de la prescription des produits de santé.

4.6.3. Ressources humaines

Points forts

- l'ouverture de nouveaux emplois dans le domaine de la santé ;
- le relèvement du niveau de recrutement du personnel de santé ;
- la mise en œuvre du projet de formation des spécialistes (PROFOS) ;
- la mise en œuvre de la fonction publique hospitalière ;
- les ressources humaines ont connu une amélioration significative aussi bien quantitativement que qualitativement ;
- la production des personnels de santé s'est améliorée grâce à la création de plusieurs institutions de formation ;
- la loi mettant en place la Fonction publique hospitalière est un élément important de motivation du personnel à rester dans les postes en zones difficiles.

Points à améliorer

- l'application insuffisante du système LMD ;
- la répartition des ressources humaines reste déséquilibrée en faveur des villes ;
- l'absence d'un cadre de concertation formel entre le plus grand employeur de ressources humaines et les institutions de formation fragilise l'adéquation formation-emploi ;
- la détérioration de certains principes comme la régularité au service, le dévouement, la discipline et l'application des sanctions rend difficile la gestion rationnelle des RH ;
- la baisse de la qualité de la formation des professionnels de la santé ;
- l'insuffisance dans la mise en œuvre de la Fonction publique hospitalière.

4.6.4. Infrastructures, équipements, matériels, maintenance

Points forts

- la couverture sanitaire a été améliorée par la construction d'infrastructures à tous les niveaux du système ;
- la mise en place du système de leasing des équipements assure une bonne disponibilité d'équipements et de matériel fonctionnels.

Points à améliorer

- les équipements et le matériel sont vétustes, non standardisés et peu adaptés dans les formations sanitaires particulièrement dans les hôpitaux de district, les CHR et CHU ;
- la maintenance préventive et curative des équipements est défailante ;
- une école de formation des techniciens de maintenance biomédicale n'existe pas sur place ;
- les infrastructures sanitaires au niveau de certaines formations sanitaires sont vétustes particulièrement au niveau des hôpitaux de district, CHR et CHU.

4.6.5. Approvisionnements en médicaments, technologies et produits de santé

Points forts

- le cadre stratégique et réglementaire a été renforcé ;
- deux entités séparées (ANRP et DGAP) ont été créées pour coordonner les actions du secteur pharmaceutique ;
- le statut de la CAMEG a été relu pour améliorer la disponibilité du médicament ;
- la gestion du médicament a été informatisée dans certaines structures de santé ;
- un plan stratégique de la médecine et pharmacopée traditionnelle 2016-2022 a été adopté ;

- cinq (5) centres régionaux de transfusion sanguine et quatre (4) dépôts préleveurs distributeurs de produits sanguins sont fonctionnels, et implantés dans 9 régions.

Points à améliorer

- l'insuffisance dans le système d'approvisionnement en produits de santé
- les ruptures de stock dans les dépôts répartiteurs restent fréquentes ;
- la production en produits sanguins labiles ne couvre pas les besoins nationaux ;
- la production industrielle des produits de santé y compris les médicaments traditionnels, reste embryonnaire.

4.6.6. Information sanitaire et recherche

Points forts

- la gestion du SNIS a beaucoup bénéficié de la mise en place du DHIS 2 et de la création de l'Entrepôt national des données sanitaires (ENDOS) ;
- la production chaque année de l'annuaire statistique du ministère de la santé facilite l'utilisation des données sanitaires ;
- la mise en place d'une Unité de gestion et de transfert des connaissances et la création de l'Institut national de santé publique sont deux éléments prometteurs.

Points à améliorer

- la complétude et la promptitude de l'information produite au niveau des structures sanitaires sont insuffisantes ;
- les compétences des agents en charge de la collecte des données sont insuffisamment renforcées ;
- l'information sanitaire du secteur privé est insuffisamment captée ;
- les données collectées incluant celles des interventions de santé au profit des adolescents et des personnes âgées sont incomplètes ;
- la désagrégation des données selon le genre est insuffisante
- l'informatisation des FS et la numérisation du dossier patient sont au stade embryonnaire ;
- L'insuffisance de l'interopérabilité entre les données communautaires et institutionnelles
- ;
- l'information sanitaire et la rétro information sont insuffisamment partagée avec les parties prenantes particulièrement avec les ordres professionnels et les sociétés savantes ;
- la faible dissémination et utilisation des résultats de recherche au niveau national ;

- l'insuffisance de l'organisation de la recherche dans les formations sanitaires.

4.6.7. Financement

Points forts

- les initiatives de mobilisation de ressources soutenues par le gouvernement (table ronde, signature du compact et plaidoyer pour le DI-SRMNEAN-ECSV) ont permis d'atteindre un taux moyen de mobilisation de 80% ;
- la gratuité des soins pour la femme enceinte et dans le post-partum et pour les enfants de moins de cinq ans a amélioré l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
- la mise en place d'un mécanisme de protection du risque financier (création du ST CSU, effectivité de la gratuité des soins et des services de PF) ;
- l'existence d'un mécanisme de mutualisation des ressources financières et de financement équitable à travers le PADS ;
- l'opérationnalisation de l'AMU à travers la création de la CNAMU et de la CAMA ;
- l'existence d'une nomenclature générale des actes des professionnels de santé (NGAPS).

Points à améliorer

- il n'existe pas un plan de mobilisation des ressources échelonné sur les dix ans de mise en œuvre du PNDS ;
- le niveau de fonctionnement des organes en charge de veiller sur la transparence et la lutte contre la corruption est faible ;
- le budget du Ministère de la santé reste inférieur au seuil de 15% du budget de l'État
- l'abandon du panier commun au profit des fonds ciblés
- la lenteur dans l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle.

4.6.8. Opportunités

- la révolution numérique et le développement rapide des applications des technologies à la médecine offrent des facilités de diagnostic affiné et prise en charge efficiente ;
- la mobilisation, pour l'agenda santé mondiale, des PTF traditionnels et de fondations financées par les philanthropes ;
- volonté affichée du Ministère de la santé à promouvoir la médecine traditionnelle et alternative ;
- intérêt de plus en plus croissant du secteur de la recherche vis-à-vis de la médecine traditionnelle ;

- la question de la santé des populations fait partie des priorités politiques déclinées dans les référentiels nationaux de développement économique et sociale ;
- la promotion du secteur privé de santé (la loi 037-2020/AN du 18 décembre 2020 portant promotion des établissements privés de soins) ;
- l'existence de potentialités locales et la prise de conscience pour la mobilisation des ressources internes.

4.6.9. Menaces

- la situation sécuritaire est dégradée ;
- les maladies émergentes se déplacent rapidement d'un point du globe à l'autre grâce à la mobilité accrue des personnes ;
- l'économie mondiale a été ralentie suite à la survenue de la pandémie du COVID-19 ;
- les changements climatiques entraînent une vulnérabilité du système de santé ;
- l'accroissement rapide de la population, l'urbanisation, les déplacements de population et la demande croissante de produits d'élevage mettent une pression sur la capacité opérationnelle de l'offre des services de santé ;
- l'obsolescence rapide des équipements et la rareté des pièces de rechange accélèrent leur déclasserement ;
- le manque de stabilité du climat social.

4.7. Problèmes prioritaires/défis

4.7.1. Problèmes prioritaires

L'analyse de situation a permis de dégager les problèmes prioritaires suivants :

La performance du leadership et de la gouvernance à tous les niveaux du secteur de la santé n'est pas satisfaisante.

Les causes de cette situation sont les changements fréquents de l'organigramme, les mutations rapides des cadres du niveau décisionnel, les compétences insuffisantes en management et en planification, la production et l'application insuffisantes des instruments de gouvernance, le faible fonctionnement des mécanismes garantissant l'efficacité, l'équité, la transparence et la redevabilité. Les actions pour corriger les inégalités notamment liées au genre et aux groupes spécifiques sont insuffisantes.

Les conséquences sont une perte de la mémoire institutionnelle, un affaiblissement dans la capacité de résolution des problèmes, le dialogue et la communication avec les parties prenantes est insuffisante, une faible capacité à mobiliser les autres secteurs sur l'agenda du développement sanitaire.

La production et la gestion des ressources humaines en santé ne sont pas adéquates.

La pléthore des effectifs à certains niveaux et la prolifération des écoles privées et publiques, le non-respect des programmes de formation associés à une capacité d'encadrement insuffisante notamment pour la formation pratique et la faiblesse des mécanismes de régulation et d'adéquation formation-emploi ont pour conséquence une baisse de la compétence des diplômés et le chômage.

L'insuffisance du suivi de la carrière et des mécanismes de rétention des agents, le manque de description des postes à tous les niveaux l'absence d'un mécanisme de capitalisation des renforcements de compétences des agents et l'absence de plan de formation continue des agents entraînent une faible motivation des RHS.

La non-application des textes réglementaires notamment certains dispositifs de la Fonction publique hospitalière a pour conséquence l'indiscipline, la non-application des sanctions, les passe-droits, l'absentéisme et la faible productivité.

En raison de l'absence de normes à certains paliers ou la faible application de normes existantes et de la faiblesse de mécanismes incitatifs adaptés, la répartition des RHS est inégale au détriment des zones rurales, de certains paliers de soins, entre régions et même entre formation d'une même région.

Le financement de la santé est insuffisant et sa gestion peu efficiente

Cette situation est due à l'insuffisance du financement de la contribution de l'État au budget du secteur qui est en dessous du seuil de 15%, au faible développement des financements innovants et du secteur privé, au retard dans l'opérationnalisation de l'Assurance Maladie et le faible accroissement et prévisibilité du financement extérieur de la santé. A cela s'ajoutent les insuffisances dans la traçabilité, l'efficacité et l'efficience de la dépense publique et la faiblesse des mécanismes de transparence et de lutte contre la corruption. Tout cela a pour conséquence une faible accessibilité financière de la population aux services de santé et un accroissement des dépenses catastrophiques de santé pour les ménages.

La gestion et l'utilisation de l'information sanitaire sont peu performantes

La collecte et le rapportage des données sont insuffisants notamment les données du secteur privé, de la médecine traditionnelle et alternative, les données des hôpitaux, les données pharmaceutiques et les données de la santé communautaire. D'autre part ; il faut signaler les ruptures des supports de collecte des données, la persistance des collecte parallèles, le non-déploiement de l'outil ENDOS jusqu'au niveau CSPS et l'insuffisance dans la désagrégation des données sensibles au genre et aux groupes spécifiques.

Le traitement et le stockage des données sont insuffisants sur le plan de l'archivage, de la sécurisation des données sanitaires dont l'entreposage est à l'extérieur du pays.

La production, la diffusion et l'utilisation des résultats de recherche en santé sont insuffisantes à cause d'une coordination et un financement insuffisants, une faible valorisation et capitalisation des résultats ainsi que l'irrégularité de réalisation de certaines enquêtes et études périodiques dans la population.

Ceci a pour conséquence une faible utilisation des données probantes pour la prise de décision.

Les prestations de service de santé et de nutrition restent insuffisantes et de faible qualité à tous les niveaux de soins et en particulier pour les groupes vulnérables

La disponibilité de services de qualité de SRMNEAN, de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, de chirurgie, d'hygiène en milieu de soins et en milieu communautaire est insuffisante.

Les attentes des bénéficiaires des prestations de services et de soins de santé sont insuffisamment prises en compte, la qualité des services, centrés sur la personne et la sécurité du patient est insuffisante et les systèmes de paiement et le mode de tarification des prestations ne favorisent pas l'accès aux soins aux plus vulnérables.

L'organisation de l'offre de soins, le système de référence et de contre référence et la gestion des FS présentent des insuffisances notables. A cela s'ajoute la destruction, la fermeture ou le fonctionnement à minima des formations sanitaires dans les zones touchées par l'insécurité.

La prévention et la réponse aux situations de crises sanitaires (épidémies, maladies émergentes, catastrophes, conséquences de l'insécurité...) sont tardives et insuffisantes. La surveillance, la préparation et la riposte aux épidémies et catastrophes sont insuffisantes. La veille communautaire et la participation des communes à l'amélioration de l'offre des soins restent faibles. L'offre de services de prévention contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles est faible. L'offre de soins et des services de santé sont interrompus dans les zones à fort défi sécuritaire. Enfin, la gestion des déchets biomédicaux est insuffisante à tous les niveaux.

La conséquence de tout cela est la persistance de taux élevés de morbidité et de mortalité en particulier dans les zones touchées par l'insécurité ou les zones d'accueil des personnes déplacées internes.

Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaires sont insuffisants, hétérogènes, inadaptés et leurs maintenances défaillantes

Les insuffisances au niveau des infrastructures sont principalement le non-respect de la carte sanitaire et des normes, la vétusté de certaines infrastructures, la rareté de dispositifs d'accès pour les personnes ayant un handicap physique, l'absence de raccordement au réseau de distribution de l'eau et de l'électricité et un entretien insuffisant.

Les infrastructures, les équipements, le matériel et la logistique sont insuffisants aux trois niveaux du système de santé. Leur maintenance préventive et curative est insuffisante à cause des difficultés d'accès aux pièces de rechange, le nombre insuffisant d'agents de maintenance qualifiés et la décentralisation insuffisante du service de maintenance.

Aussi, le matériel, les équipements et la logistique sont hétérogènes, mal adaptés aux conditions locales de fonctionnement et très mal entretenus.

Les conséquences sont une répartition géographique inégale des infrastructures une rupture de continuité des soins et un accès limité à des prestations de qualité.

Les produits de santé (y compris les produits sanguins labiles) de qualité sont peu accessibles aux populations

La gouvernance pharmaceutique et la disponibilité des produits de santé de qualité en général et des produits spécifiques (médicaments, vaccins et réactifs, produits SR/PF, anticancéreux, médicaments des hépatites, les médicaments radio pharmaceutiques, produits sanguins labiles, etc.) sont faibles. La production locale des produits de santé, le développement de la pharmacopée traditionnelle, la mise en œuvre de la pharmacie hospitalière, et la qualité des examens de biologie médicale sont insuffisants. On note également la circulation des faux médicaments et le coût élevé des produits de santé. La production, la qualité et la distribution des produits sanguins labiles sont insuffisantes.

Il en résulte une offre de services de qualité faible et un taux de satisfaction en produits sanguins labiles insuffisants.

4.7.2. Défis majeurs

Les principaux défis à relever qui se résument en un nexus développement-urgence-maintien de la paix sociale sont :

- réduire la mortalité de la mère et de l'enfant ;
- réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles et aux maladies non transmissibles ;
- assurer une planification familiale efficace pour une contribution effective à la levée du dividende démographique ;
- apporter une réponse prompte et efficiente aux populations victimes d'une situation d'urgence/crise sanitaire causée par des épidémies, pandémies, catastrophes, conflits ;
- améliorer la production de l'information sanitaire pour la prise de décision basée sur les évidences
- renforcer la digitalisation du système de santé
- restaurer la permanence des services et la continuité des soins de qualité dans les zones touchées par l'insécurité ou les zones d'accueil ;
- renforcer la prise en compte du Genre au Ministère de la santé

- réguler et normaliser le secteur, y compris la lutte contre la corruption et le renforcement de la transparence, de la redevabilité, de l'équité et de l'efficience dans la gestion des ressources, l'amélioration de la collaboration intersectorielle et de la coordination des interventions et de la décentralisation ;
- améliorer la résilience du système ;
- protéger la population contre le risque financier lors de l'utilisation des services de santé ;
- améliorer l'état nutritionnel de la population ;
- assurer la gestion cohérente des risques et la prévention des maladies.

CHAPITRE V. CADRE STRATÉGIQUE DU PNDS 2021-2030

5.1. Rappel des référentiels

Dans le sillage de la **Déclaration d'Alma Ata en 1978**, plusieurs initiatives ou déclarations ont été adoptées pour engager les États en faveur de la santé pour tous et les SSP pour atteindre cet objectif. Il s'agit notamment de : **l'Initiative de Bamako** en 1987, de la **Déclaration de Ouagadougou** sur les SSP et les systèmes de santé en Afrique en 2008 et de la **Déclaration d'Astana** sur les SSP en 2018.

La Déclaration des Nations Unies (NU) du Millénaire pour le développement : la Résolution A/55/L.2 de l'Assemblée générale des NU intitulée Déclaration du Millénaire, prise le 8 septembre 2000 contenait 2 engagements majeurs relatifs à la santé dans les pays moins avancés. Les OMD 2000-2015 comprenaient les objectifs 4,5,6 avec pour cible la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant, l'arrêt de la propagation du VIH/sida et le contrôle du paludisme et d'autres grandes maladies. Pour atteindre les OMD, d'autres déclarations ont suivi. Il s'agit notamment de: (i) la **Déclaration de Paris (2005)** sur l'efficacité de l'aide au développement et dont un des axes est la gestion axée sur les résultats, (ii) la déclaration de l'Assemblée générale des NU sur la protection sociale et la Couverture sanitaire universelle (CSU) en 2012. Les **ODD 2016-2030** prolongent l'Agenda des OMD jusqu'en 2030. L'ODD 2, 3 et 6 vise à assurer que les populations vivent longtemps et en bonne santé. **L'Agenda 2063**, adopté en janvier 2015 par les chefs d'État 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.

Les référentiels nationaux du PNDS 2021-2030 comprennent la Prospective Burkina 2025, l'Étude prospective santé, la PSS 2018-2027 et le PNDES II. Le schéma ci-après montre l'alignement de l'objectif général du PNDS 2021-2030 sur ces référentiels.

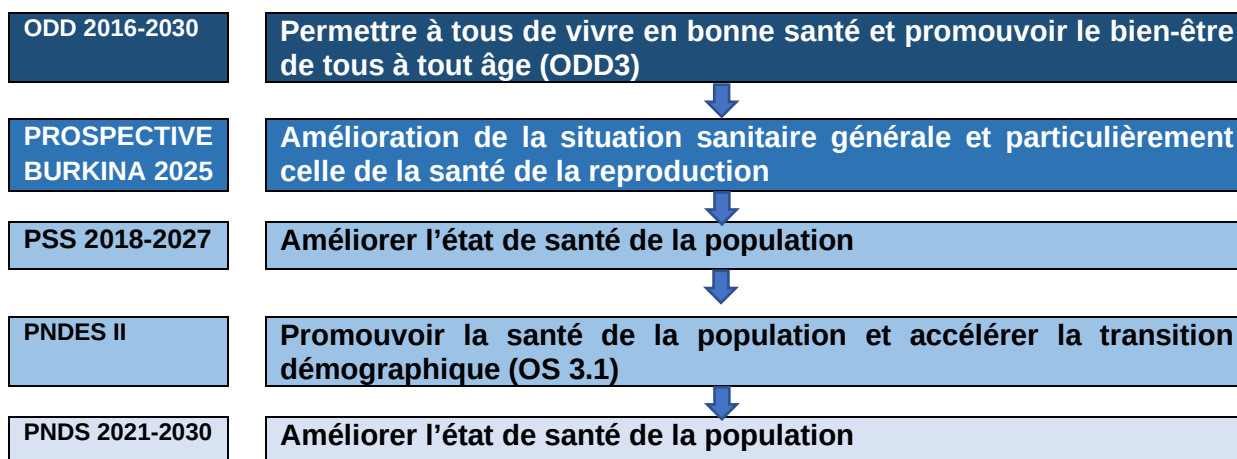


Figure 18 : Alignement sur les référentiels nationaux et mondiaux

5.2. Définition de la stratégie

5.2.1. Vision

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. Elle s'appuie sur les fondements, principes et valeurs ci-après énoncés.

5.2.2. Fondements

Les fondements de la politique de santé sont basés sur la Constitution et les engagements internationaux auxquels le Burkina Faso a souscrit en matière de santé. Ces instruments sont entre autres : la Déclaration universelle des droits de l'homme ; la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples ; la Convention relative aux droits de l'enfant ; la Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; la Déclaration du millénaire pour le développement ; la Déclaration des Chefs d'État de l'Union africaine (UA) sur « la santé, base du développement » ; la Charte africaine de la démocratie des élections et de la gouvernance.

Au plan national, le pays a adopté des textes et politiques traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations. Ces textes sont relatifs à la constitution ; au Code de la santé publique ; au Code des personnes et de la famille ; au Code de l'environnement et de l'eau ; à la Stratégie nationale genre ; la Politique nationale de population ; la Loi sur la santé de la reproduction et le PNDES II.

Le Burkina Faso a adhéré aux soins de santé primaires dont les principes sont : l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience des soins de santé, la réactivité des services de santé, l'accès universel aux soins, la coordination et la collaboration intersectorielle, la participation individuelle et collective.

5.2.3. Valeurs et principes directeurs

Les valeurs et les principes qui sous-tendent le pilotage et soutien des services du MS sont : la participation, la primauté de la loi, la gestion axée sur les résultats, la transparence, la réactivité, l'équité et le genre, la responsabilité et la redevabilité.

a. Principes directeurs

- **Participation**

Les hommes et les femmes doivent tous pouvoir exprimer leur avis dans la prise de décisions pour la santé, soit directement ou par le biais d'institutions médiatrices légitimes qui représentent leurs intérêts. Une telle participation au sens large s'inspire de la liberté d'association et d'expression, et repose sur les capacités de participation constructive.

Un bon pilotage et soutien des services du MS tient compte des intérêts des différents groupes afin d'aboutir à un consensus.

- **Primauté de la loi**

Les cadres juridiques de la santé doivent être justes et appliqués en toute impartialité, notamment la législation relative aux droits humains en rapport avec la santé.

- **Gestion axée sur les résultats**

L'importance de la prise en compte des principes de bonne gouvernance dans la mise en œuvre des actions de développement commande que la stratégie s'appuie sur la Gestion axée sur les résultats (GAR). En effet, la GAR est une approche de gestion qui met l'accent sur l'atteinte de résultats préalablement définis.

Cette approche requiert la transparence, la reddition des comptes et la participation effective des acteurs à la réalisation des objectifs définis.

- **Transparence**

La transparence repose sur le flux libre d'informations dans tous les aspects de la santé. Les processus, les institutions et les informations doivent être directement accessibles aux personnes et entités concernées, et suffisamment de données doivent être disponibles pour comprendre et surveiller les questions d'ordre sanitaire.

- **Réactivité**

Les institutions doivent disposer de moyens pour répondre en temps réel aux besoins des bénéficiaires dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines.

- **Intégration**

Le secteur s'emploie à faire prendre en compte la santé dans toutes les politiques publiques de développement et à travailler de façon concertée avec tous les acteurs au niveau local, et notamment en synergie avec les collectivités locales. Une approche intégrée centrée sur la personne est cruciale pour mettre en place des systèmes de santé capables de relever des défis nouveaux et variés pour la santé, notamment l'urbanisation, la tendance mondiale à des modes de vie malsains, le vieillissement de la population, le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, les morbidités multiples, la hausse des coûts de la santé, les flambées de maladies et les autres crises liées à la santé⁸⁷.

b. Valeurs

- **Équité et genre**

La prise en compte du genre vise à réduire en matière de pilotage et soutien des services du MS les inégalités et disparités, souvent élevées entre les hommes et les femmes dans la gestion de l'action publique. L'équité dans la mise en œuvre des programmes et l'allocation des ressources assurera une couverture adéquate des groupes marginalisés tant du point de vue géographique, socio-culturel ou en rapport avec le revenu.

- **Responsabilité**

C'est la fonction/attribution des titulaires de charges publiques ou privées dans la mise en œuvre d'une fonction déterminée et d'en assurer et assumer le leadership pour l'atteinte d'un résultat prédéfini.

- **Redevabilité**

Les décideurs des pouvoirs publics, du secteur privé et des organisations de la société civile impliqués dans la santé doivent rendre des comptes au public ainsi qu'aux intervenants institutionnels. Cette prise de responsabilités varie selon l'organisation ou selon la décision qui peut être interne ou externe à l'organisation en question.

5.3. Objectif global

Le PNDS 2021-2030 se fixe comme objectif global d'améliorer l'état de santé de la population.

⁸⁷ Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. A/69/39, Assemblée mondiale de la santé. 15 Avril 2016

5.4. Résultats

5.4.1. Changement souhaité

Changement ultime souhaité

Le changement ultime souhaité à l'issue de la mise en œuvre du PNDS 2021-2030 est « *l'état de santé de la population est amélioré* ».

Il s'agira de faire passer : i) l'espérance de vie à la naissance de 61,5 ans en 2020 (60,6 ans chez les hommes et 62,4 chez les femmes) à 65,5 ans en 2030 (64,5 chez les hommes et 66,6 chez les femmes); ii) le ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) de 320 en 2020 à 245,33 en 2030; iii) le taux de mortalité infanto-juvénile de 81,6‰ en 2020 à 43,29‰ en 2030; iv) le taux de mortalité néonatale de 23,21‰ en 2020 à 12,67‰ en 2030; v) le taux de mortalité générale de 11,8‰ en 2020 à 8,5‰ en 2030 et vi) l'indice synthétique de fécondité de 5,40 en 2020 à 2,47 en 2030.

Formulation du changement

Si, le secteur santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité ;

Si, les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé ;

Si, l'utilisation des services de santé de qualité et de nutrition augmente pour toute la population sans risque financier pour avancer vers la CSU ;

Si, la population adopte un mode de vie et des comportements favorables à la santé **et**

Si, les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficience et résilience ;

Alors, la réalisation de ces changements intermédiaires ouvrira la voie à l'atteinte du changement ultime.

La théorie de changement est présentée par la figure 27 en annexe.

5.4.2. Orientations stratégiques

Pour atteindre l'objectif énoncé, cinq (5) orientations stratégiques (OS) ont été retenues :

- ***Orientation stratégique 1 (OS 1)*** : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre ;

- ***Orientation stratégique 2 (OS 2)*** : Développement des ressources humaines pour la santé ;
- ***Orientation stratégique 3 (OS 3)*** : Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU) ;
- ***Orientation stratégique 4 (OS 4)*** : Adoption par la population d'un mode de vie et des comportements favorables à la santé et à l'accélération la transition démographique ;
- ***Orientation stratégique 5 (OS 5)*** : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires.

L'alignement des orientations stratégiques du PNDS 2021-2030 sur les autres référentiels nationaux (PSS, PNDES II) est présenté dans le tableau IX en annexe.

5.4.3. Construction du changement

Tableau IV : Construction du changement souhaité

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	PRODUITS	EFFETS	IMPACT
Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre	P1.1. Le dispositif institutionnel et le management des structures sont cohérents, stables et fonctionnels P1.2. Les mécanismes pour rendre effective la redevabilité sont renforcés à tous les niveaux P1.3. Une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la prise de décisions basée sur les évidences P1.4 Les résultats de la recherche fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique orientent la prise de décision	E1 : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité	L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EST AMÉLIORÉ
Développement des ressources humaines pour la santé	P2.1. Des ressources humaines nationales compétentes, motivées et productives y compris la diaspora sont disponibles selon les normes à tous les niveaux. P2.2 La gestion des ressources humaines en santé est efficace	E2 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé	
Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)	P3.1. Des ressources financières prévisibles et suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU P3.2. Les mécanismes de protection contre le risque financier lors de l'utilisation des services de santé sont fonctionnels P3.3. Les infrastructures, les équipements et le matériel standardisés et harmonisés sont disponibles selon les normes, utilisés rationnellement et bien entretenus P3.4. Les produits de santé de qualité y compris les produits sanguins labiles, de nutrition, de contraception et de la pharmacopée traditionnelle sont disponibles et accessibles à tous les niveaux.	E3 : L'utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier	

	P3.5. Les paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles (paludisme, VIH, tuberculose etc.) et les maladies tropicales négligées sont offerts à tous les niveaux P3.6. Les paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies non transmissibles sont offerts à tous les niveaux P3.7. Les paquets de services essentiels intégrés SRMNEA-N et jeunes et ceux ciblant d'autres groupes spécifiques, de qualité et à haut impact sont offerts à tous les niveaux. P3.8. Les paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition, la lutte contre les carences en micronutriments et l'alimentation de la mère, du nourrisson, du jeune enfant et de l'adolescent sont offerts à tous les niveaux. P3.9. Les services de santé à base communautaire et la continuité des soins et services dans les zones éloignées et à fort défi sécuritaire sont assurés		
Adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération la transition démographique	P4.1. Les services de prévention, d'éducation et de promotion de la santé sont utilisés par la population P4.2. Les services de promotion de la santé sexuelle et reproductive, en particulier la PF sont utilisés par toutes les femmes, tous les hommes, les adolescents et jeunes en âge de procréer P4.3. Les services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant sont utilisés P4.4. Des approches de santé dans le cadre des « communes modèles » sont développées	E4 : La population adopte un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération la transition démographique	
Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires	P5.1. L'offre de paquets de services essentiels de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, les catastrophes et les conflits est disponible P5.2. Les capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux sont remises à niveau pour répondre aux situations d'urgences sanitaires	E5 : Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficacité et résilience	

	P5.3. La réponse aux maladies émergentes est renforcée dans le cadre de l'approche « One Health »		
--	---	--	--

Le cadre logique axé sur les résultats du PNDS 2021-2030 est donné dans le tableau X en annexe.

Les actions prioritaires du PNDS 2021-2030 sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau V : Orientations stratégiques, axes d'interventions et actions prioritaires du PNDS 2021-2030

Code Produits	Produits	Code AI	Axe d'intervention	Code AP	Actions Prioritaires	Budget programme
OS 1 Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre						
E1 : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité						
P1.1.	Le dispositif institutionnel et le management des structures sont cohérents, stables et fonctionnels	AI 1.1.	Renforcement du leadership et de la gouvernance		Développer les processus gestionnaires pour une meilleure continuité administrative	P 057
					Développer une plateforme de formation et de mentorat des cadres de santé nationaux sur le leadership dans la gouvernance des services de santé	P 057
					Rendre effectif l'alignement des partenaires et l'harmonisation des interventions dans le secteur de la santé	P 057
					Dynamiser le cadre institutionnel et de régulation (réformes, normes et textes règlementaires) nécessaire à la gouvernance du secteur	P 057
					Renforcer la régulation pharmaceutique	P 057
					Adapter le schéma de référence-contre-référence et les filières de soins à l'évolution des paliers de soins	P 057
					Organiser le cadre de mutualisation de l'offre de soins entre les structures de soins	P 057
					Assurer le leadership du Ministère de la santé dans la coordination des interventions et approches intersectorielles	P 057
					Garantir la sécurité sanitaire des aliments	P 057
					Créer et rendre fonctionnel le Conseil Consultatif Indépendant en Santé pour une meilleure orientation des choix sanitaires du Gouvernement	P 057
					Relire et adopter les textes régissant le fonctionnement des ordres professionnels	P 057

				Dynamiser la collaboration avec les ordres professionnels, les sociétés savantes, les partenaires sociaux, les établissements de formation des RHS et le secteur privé de santé	P 057
				Développer les outils de pilotage entre autres la cartographie des intervenants dans le secteur santé, la carte sanitaire et les cartes de score	P 057
				Mettre en place un système performant de communication institutionnelle, intra sectorielle et intersectorielle	P 057
		AI 1.2	Renforcement de la planification, du suivi et de l'évaluation	Développer un processus cohérent et efficient de planification stratégique et opérationnelle	P 057
				Rendre opérationnel tous les organes de mise en œuvre et de suivi du PNDS pour une plus grande efficacité	P 057
				Organiser un cadre unique de rapportage, de suivi et d'évaluation des performances à tous les niveaux dans le cadre de la mise en œuvre du concept : un plan, un budget, un rapport	P 057
				Organiser l'évaluation du PNDS 2021-2030 et des programmes prioritaires et l'élaboration du PNDS	P 057
				Assurer la documentation et la dissémination des bonnes pratiques	P 057
		AI 1.3	Promotion de l'équité et de la prise en compte du Genre dans le secteur de la santé	Améliorer la représentativité des femmes dans les postes de décision du secteur de la santé	P 057
				Assurer l'utilisation et l'accès aux services de santé des femmes et des filles des zones à forts défis sécuritaires pour des soins SSR et de protection contre les VBG	P 057
				Promouvoir l'approche genre au sein du Ministère de la santé	P 057
				Mettre en place un dispositif de prise en charge psychosocial et de l'accompagnement juridique adaptés aux survivantes des VBG	P 057
P1.2.	Les mécanismes pour rendre	AI 1.4	Renforcement de la redevabilité	Mettre en œuvre le processus de certification des formations sanitaires publiques et privées et l'accréditation des pratiques professionnelles	P 057

	effective la redevabilité sont renforcés à tous les niveaux				Assurer la fonctionnalité des cadres de dialogue avec la société civile et les bénéficiaires	P 057
					Dynamiser les plateformes de redevabilité à tous les niveaux et vis-à-vis des utilisateurs des services	P 057
					Organiser des activités conjointes de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS	P 057
					Mettre en place un dispositif de contrôle efficace et pérenne du respect de la réglementation dans le secteur de la santé par le renforcement des capacités techniques et opérationnelles de l'inspection générale des services de santé	P 057
		AI 1.5	Promotion du secteur privé de santé		Mettre en place les mécanismes incitatifs pour accroître la contribution du secteur privé au développement sanitaire (création d'un fonds d'appui au secteur privé de santé, installation dans le privé)	P 055
					Promouvoir la mutualisation des ressources entre les secteurs public et privé	P 055
					Renforcer la qualité des prestations dans les établissements sanitaires privés de soins	P 055
					Promouvoir le conventionnement entre l'Etat et les établissements sanitaires privés de soins	P 055
					Contrôler le fonctionnement selon la réglementation des établissements sanitaires privés	P 055
					Assurer le suivi des autorisations de création, d'ouverture et d'exploitation des établissements sanitaires privés	P 055
P1.3.	Une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la	AI 1.6.	Amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire de qualité		Organiser les enquêtes nécessaires pour renseigner les indicateurs non pris en compte par les données de routine	P 057
					Assurer la disponibilité et la diffusion d'une information sanitaire validée	P 057
					Renforcer le système d'information en ressources humaines	P 057

	prise de décisions basée sur les évidences				Développer des Dashboard interactifs pour une visualisation des données par les responsables et les détenteurs d'enjeux à tous les niveaux	P 057
					Renforcer le dispositif de collecte de données du secteur privé de santé	P 057
					Renforcer le processus d'analyse et d'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux y compris les données communautaires	P 057
					Assurer l'interopérabilité des systèmes informatiques dans le cadre de cadre de l'approche « un plan, un budget, un rapport »	P 057
					Déployer le système d'information hospitalier et le dossier patient digitalisé dans les structures de soins	P 057
					Digitaliser la gestion des services comptable et administrative de santé	
P1.4.	Les résultats de la recherche fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique orientent la prise de décisions	AI 1.7	Développement de la recherche, fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique		Renforcer la production de la recherche en santé	P 057
					Renforcer l'utilisation des résultats de recherche en santé	P 057
					Améliorer les capacités en matière de réglementation et d'évaluation éthique et scientifique	P 057
					Développer l'industrie pharmaceutique	P 057
OS 2 Développement des ressources humaines pour la santé						
E2 : Les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé						
	Des ressources humaines nationales compétentes, motivées et productives y	AI 2.1.	Renforcement de la production des ressources humaines de qualité		Définir les profils des professionnels de santé selon les priorités du secteur de la santé	P 055
					Renforcer le dispositif de formation de base des personnels de santé adaptés aux besoins du pays.	P 055
					Adapter les curricula de formation aux besoins du système de santé	P 055
					Renforcer les capacités des institutions de formation	P 055

compris la diaspora sont disponibles selon les normes à tous les niveaux			Améliorer la qualité de la formation des ressources humaines en santé	P 055
			Assurer le recrutement des ressources humaines suffisantes pour animer les structures de santé et le niveau communautaire	P 055
La gestion des ressources humaines en santé est efficace et efficiente	AI 2.2.	Renforcement de la disponibilité et de la qualité de la gestion des ressources humaines	Élaborer une stratégie nationale de formation continue avec des plans consolidés de formation continue à tous les niveaux du système de santé avec un système de suivi-évaluation et une base de données	P 057
			Réduire l'inégale répartition des ressources humaines en santé par le développement de l'approche WISN	P 057
			Améliorer l'efficacité de la formation continue, pour répondre à des défis nouveaux notamment la prise en charge des traumatismes de guerre, des MNT, des crises et urgences sanitaires, des conséquences de l'évolution de l'environnement sur la santé	P 057
			Renforcer les mécanismes de motivation et de rétention des RHS	P 057
			Renforcer les capacités de gestion des carrières des agents à tous les niveaux	
			Mettre en œuvre un système de supervision formative adapté	P 057
			Poursuivre l'élaboration des normes en RHS	P 057
			Appliquer les textes réglementaires et statutaires en matière de discipline et de pratique professionnelle à tous les niveaux.	P 057
			Institutionnaliser la formation continue obligatoire des professionnels de la santé à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation	P 057
			Renforcer le dispositif de suivi des activités des agents à tous les niveaux à travers l'élaboration et l'implémentation des outils RH (fiches de postes, lettres de mission, fiches d'indications des attentes, tableau de bord, programme de travail, etc.).	P 057

Orientation stratégique 3 (OS 3) : Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)						
E3 : L'utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier						
P3.1.	Des ressources financières prévisibles et suffisantes sont disponibles et gérées avec efficience pour atteindre la CSU	AI 3.1	Amélioration de la mobilisation et de la gestion des ressources financières		Mener des activités de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du PNDS	P 057
					Mettre en place un dispositif transparent pour l'amélioration de la prévisibilité et de la lisibilité des contributions au financement de toutes les activités de mise en œuvre du PNDS	P 057
					Organiser les contrôles réguliers de l'efficacité et de l'efficience des dépenses en santé	P 057
					Promouvoir les mécanismes d'achats stratégiques	P 057
					Définir une stratégie efficace de financement de la santé	P 057
					Améliorer le recouvrement des recettes de services de santé	P 057
					Contribuer à la mise en place des mécanismes innovants de financement de la santé	P 057
					Réviser et harmoniser la tarification dans le cadre de l'assurance maladie universelle	P 057
					Assurer le suivi des ressources transférées aux communes	P 057
		AI 3.2	Accroissement de la protection des populations contre le risque financier		Mettre en place des dispositifs d'allocation équitable des ressources à tous les niveaux du système de santé	P 057
					Mettre en œuvre un dispositif de suivi et de correction de la performance à tous les niveaux du système de santé	P 057
					Prendre les dispositions nécessaires pour assurer l'équité d'accès aux services par les bénéficiaires.	P 057
					Adopter les textes règlementaires sur l'extension de la gratuité aux autres groupes vulnérables	P 057
					Assurer la mise en place des textes règlementaires et de documents pour l'opérationnalisation de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMU)	P 057
		AI 3.3			Renforcer les mesures de gratuité ou de tiers payant pour les groupes cibles	P 055

					Elargir la gamme de prestations couvertes par les subventions, les mesures de gratuité et assurer leur pérennisation	
					Rendre opérationnelle l'offre de service dans le cadre de l'Assurance maladie universelle (AMU)	P 055
					Renforcer la Promotion des mécanismes de partage des risques en matière de santé	P 055
					Etablir un mécanisme formel de prise en charge sanitaire des indigents et autres personnes vulnérables	P 055
P3.2.	Les infrastructures, les équipements et le matériel standardisés et harmonisés sont disponibles selon les normes, utilisés rationnellement et bien entretenus	AI 3.1	Renforcement des infrastructures standardisées et harmonisées		Améliorer l'accès des infrastructures des FS aux groupes vulnérables ou groupes spécifiques.	P 057
					Construire de nouvelles infrastructures selon la carte sanitaire actualisée	P 055
					Réhabiliter et réfectionner les infrastructures existantes selon les normes	P 055
					Mettre en œuvre un plan d'acquisition et de renouvellement des équipements, matériels et de la logistique	P 055
					Développer des mécanismes de maintenance préventive et curative des infrastructures	P 055
					Réviser et adopter des normes en infrastructures	P 055
		AI 3.2	Renforcement des équipements, du matériel standardisés et harmonisés et de la logistique		Renforcer les formations sanitaires en équipement et logistique de qualité répondant aux standards	P 055
					Assurer la maintenance préventive et curative des équipements	P 055
					Renforcer les capacités des structures pour la maintenance	P 055
					Assurer le suivi des acquisitions et de leur maintenance	P 055
	Les produits de santé de qualité y compris les produits sanguins labiles et les	AI 3.3	Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité en produits de santé de		Rendre disponible les médicaments y compris les vaccins, les consommables et l'oxygène médical dans les formations sanitaires, jusqu'au dernier kilomètre	P 146
					Rendre disponibles les produits sanguins labiles à tous les niveaux	P 146
					Promouvoir la production locale des produits de santé et des médicaments génériques	P 146

P3.3.	produits de la pharmacopée traditionnelle sont disponibles		qualité y compris les produits issus de la pharmacopée traditionnelle		Assurer la sécurisation des produits contraceptifs en tout temps à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	P 146
					Renforcer l'information pharmaceutique	P 146
					Renforcer le système d'approvisionnement en produits de santé suffisants et de qualité	P 146
		AI 3.4	Renforcement de la régulation des produits de santé		Inspecter/auditer les établissements pharmaceutiques, les agences de promotion médicale et les sites d'essais cliniques, à tous les niveaux	
					Renforcer la lutte contre les faux médicaments et les médicaments de la rue	
		AI 3.5	Développement de la pharmacie hospitalière		Développer la pharmacie hospitalière	P 146
					Promouvoir l'usage rationnel des produits de santé	P 146
		AI 3.6	Renforcement de l'assurance qualité des produits de santé		Renforcer la surveillance et le contrôle de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux	
					Garantir l'assurance qualité des produits de santé	P 146
		AI 3.7	Amélioration de la qualité des analyses de biologie médicale		Renforcer l'offre et la qualité des examens de laboratoire et d'imagerie médicale	P 146
					Renforcer l'offre et la qualité des examens de laboratoire et d'imagerie médicale	
		AI 3.8	Promotion de la médecine traditionnelle et alternative		Mettre en œuvre le plan stratégique de la médecine traditionnelle et alternative	P 055
					Améliorer la qualité des soins et services dans les établissements de médecine traditionnelle et alternative	P 055
					Rendre fonctionnel le centre de médecine traditionnelle et soins intégrés	P 055
					Améliorer la disponibilité des médicaments issus de la médecine et pharmacopée traditionnelle (MIMPT) de qualité	P 055

				Améliorer l'accès de la population aux médicaments issus de la médecine et pharmacopée traditionnelle	P 055
P3.4.	L'approche qualité des services et les soins centrés sur la personne et la sécurité des patients y compris l'humanisation des soins est intégrée dans la prestation de services	AI 3.9	Renforcement de l'assurance qualité	Améliorer la culture qualité des responsables pour une appropriation de la qualité à tous les niveaux	P 056
				Renforcer l'offre de soins infirmiers et médicaux spécialisés de qualité à tous les niveaux du système de santé	P 057
				Promouvoir l'humanisation des soins	P 056
				Renforcer les interventions de santé publique de lutte contre les maladies transmissibles récurrentes ou émergentes comme la dengue, la fièvre lassa, COVID-19, Ebola et autres maladies à potentiel épidémique	P 056
P3.5.	Les paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles (paludisme, VIH, tuberculose etc.) et les maladies tropicales négligées sont	AI 3.10	Amélioration de la disponibilité et l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies tropicales Négligées	Renforcer les capacités de réponse des programmes de lutte contre le paludisme, le VIH et le SIDA, l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, les IST, la tuberculose, les maladies diarrhéiques, les IRA, la méningite	P 056
				Promouvoir le dépistage des maladies transmissibles (VIH, les hépatites ...)	P 056
				Mettre en œuvre les programmes spécifiques visant l'éradication, l'élimination et le contrôle des maladies d'intérêt spécial y compris les maladies tropicales négligées	P 056
				Renforcer l'immunisation universelle, surtout en zones d'accès difficile.	P 056
				Assurer prise en charge du paludisme à tous les niveaux	P 056

	offerts à tous les niveaux.				Assurer prise en charge du VIH/Sida à tous les niveaux	P 056
					Assurer prise en charge de la Tuberculose à tous les niveaux	P 056
					Élaborer des normes, des protocoles et directives harmonisés à tous les niveaux du système	P 055
P3.6.	Les paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies non transmissibles sont offerts à tous les niveaux	AI 3.11	Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact pour la prise en charge des maladies non transmissibles et des traumatismes		Améliorer la prise en charge des cancers, des maladies cardio-vasculaires, des maladies respiratoires chroniques, du diabète, de la drépanocytose et des autres maladies génétiques.	P 056
					Améliorer la prise en charge (dépistage, diagnostic, traitement) des cancers de la femme, de l'enfant et de l'homme	P 056
					Renforcer l'offre de soins chirurgicaux et anesthésiques de qualité, notamment certains services de pointe comme la chirurgie cardiothoracique, la chirurgie traumatologique, la greffe rénale...	P 056
					Améliorer l'offre de services de santé mentale et de soutien psychosocial y compris dans les situations d'urgences sanitaires	P 056
					Améliorer l'offre de services et de soins dans certaines spécialités : médecine de rééducation adaptative et kinésithérapie, Ophtalmologie, ORL, odontostomatologie, Chirurgie maxillofaciale, Dermatologie ...	P 056
					Améliorer l'offre de services de qualité aux personnes âgées	P 056
					Améliorer la capacité des services d'urgences et de réanimation	P 056
					Améliorer l'offre de services à certains groupes spécifiques : les personnes souffrant d'un handicap physique ou mental, les détenus, les personnes déplacées internes, les élèves, les étudiants, les travailleurs, les PVVIH, les personnes victimes de VBG, les populations clés...	P 056
					Améliorer la qualité et l'accessibilité des soins réadaptatifs	P 056

P3.7.	Les paquets de services essentiels intégrés SRMNEA-N et jeunes et ceux ciblant d'autres groupes spécifiques, de qualité et à haut impact sont offerts à tous les niveaux.	AI 3.12	Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact, en particulier les services de SRMNEA-N, de jeunes et ceux ciblant d'autres groupes spécifiques	Renforcer la disponibilité et la capacité opérationnelle des FS offrant des services à haut impact de SRMNEA-N et jeunes	P 056
				Promouvoir une demande équitable de services à haut impact de SRMNEA-N	P 056
				Poursuivre la mise en œuvre du TETU et de la PCIME	P 056
				Rendre disponible les intrants SRMNEA-N de qualité et en quantité suffisante à tous les niveaux	P 056
				Promouvoir la prévention, la détection et le traitement des cancers de la femme : cancer du sein et cancer du col de l'utérus	P 056
				Renforcer l'offre de services de qualité pour la prise en charge des victimes des violences basées sur le genre	P 055
				Renforcer l'offre de services de qualité en matière de planification familiale	P 056
				Améliorer l'offre de services de SR à certains groupes spécifiques : les personnes déplacées internes, les élèves, les étudiants, les PVVIH, les populations clés...	P 056
				Accroître les services de santé de qualité, centrés sur la personne et la sécurité du patient	P 056
				Améliorer l'accès à l'eau potable et les pratiques d'hygiène et d'assainissement (Wash) en milieu de soins	P 056
				Mettre en œuvre une stratégie de gestion des déchets biomédicaux	P 056
				Assurer l'offre des services de santé en milieu préscolaire, primaire, secondaire et universitaire	P 056
				Renforcer l'organisation de la santé au travail et les plateaux techniques des cliniques de l'OST	P 056
P3.8.	Les paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour la prévention et	AI 3.13	Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des paquets de services	Mettre en œuvre l'assurance qualité	P 056
				Renforcer la couverture et la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë en ambulatoire et en interne	P 056
				Réduire les carences en micronutriments	P 056
				Réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de cinq ans et d'âge scolaire	P 056

	la prise en charge de la malnutrition, la lutte contre les carences en micronutriments et l'alimentation de la mère, du nourrisson, du jeune enfant et de l'adolescent sont offerts à tous les niveaux		essentiels, intégrés et de qualité pour l'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant		Renforcer la lutte contre la surnutrition et les maladies non transmissibles liées à la nutrition	P 056
P3.9	Les services de santé à base communautaire et la continuité des soins et services dans les zones éloignées et à fort défi sécuritaire sont assurés	AI 3.14.	Développement de la santé communautaire		Renforcer l'approche communautaire pour délivrer les interventions de SRMNEA, en particulier dans les zones d'accès difficile	P 056
					Renforcer les capacités des ASBC pour exécuter de manière adéquate les nouvelles tâches déléguées, notamment en zones de conflit	P 056
					Renforcer la PCIME Communautaire	P 056
					Renforcer les capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé	P 056
					Renforcer les compétences, l'appui et la motivation aux agents de santé communautaire	P 056
					Promouvoir l'auto soin	P 056
					Renforcer le rôle des ASBC	P 056
					Renforcer la collaboration entre le MS et les collectivités territoriales	
					Promouvoir la veille communautaire	P 056
OS 4. ADOPTION PAR LA POPULATION D'UN MODE DE VIE ET DES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ ET A L'ACCELERATION DE LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE						
E3 : La population adopte un mode de vie et des comportements favorables à la santé						

P4.1.	Les services de prévention, d'éducation et de promotion de la santé sont utilisés par la population	AI 4.1.	Accroissement de l'utilisation des services préventifs et promotionnels	Offrir des services de prévention aux défis posés par le double fardeau des maladies transmissibles et des MNT	P 056
				Accroître l'utilisation de l'eau potable, des pratiques d'assainissement, du recours aux services énergétiques de qualité et de l'accès à un cadre de vie décent	P 056
				Renforcer la capacité des services de communication pour le changement social de comportement, la lutte contre la désinformation et l'adoption d'un mode de vie sain	P 056
				Intensifier la lutte contre les effets nocifs des autres déterminants sur la santé liée à l'environnement, à l'urbanisation, au logement, à la globalisation, à la démographie, aux déplacements, à l'usage abusif des TIC, aux migrations...	P 056
P4.2.	Les services de promotion de la santé sexuelle et reproductive, en particulier la PF sont utilisés par toutes les femmes, tous les hommes, les adolescents et jeunes en âge de procréer	AI 4.2.	Renforcement de la disponibilité des services de promotion de la santé sexuelle et reproductive	Augmenter la couverture en offre de services de promotion de SR et de PF	P 056
				Accroître la demande d'informations et de services de PF auprès des femmes et surtout des jeunes notamment les élèves et les étudiants	P 056
				Garantir un environnement favorable pour la PF	P 056
P4.3.	Les services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune	AI 4.3.	Renforcement de la disponibilité des services de promotion de l'alimentation	Promouvoir les pratiques optimales d'ANJE	P 056
				Promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles et les modes de vie sains	P 056
				Intensifier les interventions dans le domaine de l'eau, hygiène et assainissement sensibles à la nutrition	P 056
				Intensifier les interventions en matière d'éducation sensibles à la nutrition	P 056

	enfant sont utilisés		de la femme, du nourrisson et du jeune enfant			
P4.4.	Des approches de santé dans le cadre des « communes modèles » sont développées	AI 4.4.	Participation au développement de l'approche « communes modèles »		Promouvoir l'hygiène et l'assainissement dans toutes les communes	P 055
					Développer les postes de santé et les clubs de santé communautaires	P 055
					Promouvoir la consommation d'eau potable et les pratiques d'hygiène et d'assainissement en milieu communautaire	P 056
					Promouvoir les modes de vie et les comportements favorables à la santé en milieu communautaire	P 056
OS 5. AMÉLIORATION DE LA RÉPONSE AUX SITUATIONS D'URGENCES SANITAIRES						
E5 : Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficience et résilience						
P5.1.	L'offre de paquets de services essentiels de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, les catastrophes et les conflits est disponible	AI 5.1	Renforcement de la disponibilité de l'offre de services de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, catastrophes et conflits		Renforcer la coordination dynamique de la réponse aux situations d'urgences sanitaires	P 056
					Renforcer la capacité de surveillance et de détection des épidémies	P 056
					Renforcer la capacité de réponse aux situations d'urgences sanitaires	P 056
					Assurer la disponibilité des intrants sanitaires pour la prise en charge des victimes de situations d'urgences sanitaires	P 056
					Renforcer la prise en charge de la malnutrition en situation d'urgence	P 056
					Renforcer la santé communautaire dans les zones à fort défi sécuritaire	P 056
					Mettre en place la réserve sanitaire	P 056
					Renforcer les compétences des équipes de réserve à prendre en charge les épidémies, les traumatismes de guerre	P 056
					Renforcer les infrastructures, les équipements, le matériel et la logistique pour le triage et la prise en charge des cas lors de crises sanitaires	P 055

				Créer un fonds permanent de réponse aux situations de crises sanitaires	P 056
				Renforcer la capacité d'autorégulation pour une prise de décision rapide	P 056
				Assurer la disponibilité d'un paquet de services et de soins essentiels, diversifiés et adaptés aux zones à fort défi sécuritaire	P 056
				Renforcer la capacité et la motivation des équipes de personnels volontaires pour travailler dans les zones touchées par les conflits	P 056
				Mettre en œuvre la stratégie de résilience du système de santé en zone à fort défi sécuritaire	P 055
P5.2	La coordination dynamique des interventions dans la gestion des risques et urgences sanitaires est assurée		Renforcement des capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux face aux situations d'urgences sanitaires	Renforcer la disponibilité en ressources humaines qualifiées dans les services d'urgence des CHU/CHR/HD	P 055
				Renforcer le fonctionnement des services des urgences	P 055
				Mettre en place des SAMU fonctionnels	P 055
				Renforcer la gouvernance hospitalière	P 055
P5.3.	Les capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux sont remises à niveau pour répondre aux situations d'urgences sanitaires	AI 5.2.		Renforcer les infrastructures, les équipements et matériels médico-techniques dans les CHU/CHR/HD dans le cadre des urgences sanitaires et catastrophes	P 055
				Renforcer la disponibilité des produits de santé dans les CHU/CHR/HD	P 055
P4.4.	La réponse aux maladies	AI 5.3.	Renforcement de la réponse	Renforcer le cadre de coordination de l'approche « One health »	P 056

	émergentes est renforcée dans le cadre de l'approche « One Health ».		aux maladies émergentes dans le cadre de l'approche « One Health »		Renforcer, selon l'approche « One Health », la surveillance et la détection focalisée sur les maladies zoonotiques prioritaires au Burkina Faso	P 056
					Renforcer la lutte contre la résistance antimicrobienne	P 056
					Développer la communication sur le risque et engagements communautaire	

5.5. Hypothèses, risques externes au système et mesures d'atténuation.

5.5.1. Conditions ou hypothèses favorables

- La priorité accordée à la santé dans l'agenda national ;
- La mobilisation, pour l'agenda santé mondiale, des PTF traditionnels et de fondations financées par les philanthropes ;
- La révolution numérique et le développement rapide des applications à la médecine des technologies de l'information et de la communication et des technologies de la santé.

5.5.2. Risques externes au système, hypothèses et mesures d'atténuation.

a. La survenue de crises sociopolitiques

Au cours de la décennie écoulée, plusieurs crises sociopolitiques et politico-sociales sont venues perturber les programmes de développement du pays, dont celui du développement sanitaire. Ces crises ont eu pour conséquence : (i) l'amenuisement des allocations budgétaires notamment celles destinées aux dépenses d'investissement ; (ii) les retards de déblocage des fonds ; (iii) le non-respect des délais, voire la mauvaise exécution de certains marchés publics ; (iv) le ralentissement des activités. Elles ont ouvert la porte à une révision répétée des priorités.

Aujourd'hui, la démocratie se consolide progressivement. Mais la conjugaison entre un environnement d'insécurité grandissante, le chômage des jeunes et la pauvreté qui recule trop lentement pourraient constituer un risque.

Pour réduire l'impact des troubles sur la mise en œuvre du PNDS 2021-2030, une planification opérationnelle réaliste de type glissant devrait permettre de reporter sur les années suivantes les activités qui ont été retardées. Mais aussi, un socle solide, stable à travers les événements politiques, de hauts fonctionnaires techniques seraient un rempart pour ne pas perdre la mémoire institutionnelle et la continuité de l'action de l'État.

b. La survenue de catastrophes naturelles et de crises humanitaires

Le Burkina Faso est exposé, de manière de plus en plus récurrente, à des sécheresses, des inondations, des invasions acridiennes et des déplacements massifs de populations.

Le pays a connu des épidémies (Méningite, rougeole, Grippe aviaire). En 2020, le Burkina Faso a été durement frappé par la pandémie Covid-19, comme les autres pays. À cela s'ajoute le lot des crises humanitaires, des crises alimentaires et nutritionnelles, les accidents et les attaques terroristes qui entraînent aussi des déplacements massifs des populations.

Pour améliorer l'état de santé des populations affectées et prévenir une détérioration de la santé par les catastrophes naturelles, le Plan national multirisque de préparation et de réponse aux catastrophes naturelles et aux crises humanitaires a été élaboré de manière intersectorielle et inclusive. Dans le domaine spécifique de la santé, un plan de renforcement de l'offre de soins dans les zones à fort défi sécuritaire et un plan d'approvisionnement des produits de santé en situation d'urgence et de catastrophe ont été élaborés. Ces plans devraient permettre de rendre disponible un minimum de ressources et d'intrants pour assurer les interventions d'urgence pour la prise en charge médicale des malades avec en priorité les femmes et les enfants de moins de cinq ans. Ces interventions d'urgence comprennent notamment la prise en charge des cas d'IST et de VIH/SIDA, la prévention de la survenue d'épidémies dans les communautés, la prise en charge psychologique et nutritionnelle des personnes affectées par les attaques terroristes, la prévention de la malnutrition, la disponibilité du dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive et la vaccination des populations cibles.

c. Le ralentissement de la croissance économique

Le ralentissement de la croissance et à fortiori une crise économique consécutive à la survenue de la COVID-19 et la situation sécuritaire affecteraient le volume des ressources extérieures et des ressources intérieures pour le financement de la mise en œuvre du PNDS 2021-2030. Le choix stratégique en faveur du renforcement de la santé communautaire et des soins de santé primaires, pour toucher une plus grande partie de la population, permettra d'améliorer le coût-efficacité des interventions. La recherche de financements innovants ou en provenance du secteur privé permettra de compenser la baisse des allocations du Gouvernement et de l'aide extérieure et financer les autres interventions prioritaires du secteur.

d. L'insécurité

L'insécurité grandissante dans plusieurs zones du pays est une entrave aux activités de santé (fermeture voire destruction des infrastructures et des équipements, fuite ou limitation de déplacement du personnel soignant). Les conséquences sont déjà visibles sur certaines activités comme la vaccination et les sorties de supervision du personnel de santé et des ASBC. Cela engendre parfois le refus du personnel de travailler dans certaines zones. Pour mitiger ce risque, le plaidoyer sera fait auprès des autorités locales et du Gouvernement pour la prise de mesures de sécurité les plus appropriées pour la mise en œuvre des activités du PNDS 2021-2030 et pour la protection des infrastructures et des équipements. D'autre part, l'approche communautaire avec l'utilisation de personnels endogènes, la promotion de l'autosoin, la délégation des tâches, le recours aux potentialités de la télémédecine pourraient permettre la couverture en services essentiels des populations en zones de grande insécurité.

e. Les mouvements de revendication sociale du personnel, « mouvements d'humeur ».

Le secteur de la santé peut être confronté régulièrement à des mouvements sociaux avec des arrêts de travail souvent de très longue durée. Le dialogue et la négociation sont des armes efficaces de résolution de ces problèmes.

f. La réticence ou le refus de certaines communautés pour accepter des interventions.

L'utilisation effective de certains services comme la vaccination, la planification familiale, les accouchements assistés, les soins curatifs des enfants, la nutrition, la prévention des MNT, la prévention du VIH et la santé des adolescents est entravée par la non-demande par insuffisance d'information ou par une information erronée ainsi que la persistance de comportements nuisibles à la santé. L'approche communautaire et le renforcement de la communication pour le changement social et de comportement devraient permettre d'amener les populations à adopter des comportements favorables à la santé.

g. Le non-respect des engagements entre le Gouvernement et les PTF

Le non-respect des engagements entre le gouvernement et les PTF peut engendrer l'interruption des financements extérieurs avec arrêt de la mise en œuvre des activités. Le respect des engagements pris de part et d'autre permettra de mitiger ce risque.

CHAPITRES VI : DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ÉVALUATION

6.1. Cadre de mise en œuvre

6.1.1. Mécanismes institutionnels de pilotage, de coordination et d'exécution

a. Au niveau central

La mise en œuvre du PNDS 2021-2030 est envisagée selon l'approche « un plan, un budget et un rapport ».

Le renforcement conséquent du leadership et de la gouvernance du secteur sera nécessaire pour mobiliser les parties prenantes, animer la plateforme de redevabilité, piloter la mise en œuvre vers l'atteinte des résultats.

Cadre sectoriel de dialogue santé

Présidé par le Ministre de la santé, le Cadre sectoriel de dialogue (CSD) se réunit deux fois par an en session ordinaire. Le CSD est l'instance supérieure chargée d'apprécier la mise en œuvre de la politique sectorielle. 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. Il est l'organe de la mise en œuvre du PNDS et a la responsabilité institutionnelle du suivi et de l'évaluation du PNDS. Il comprend l'ensemble des acteurs de mise en œuvre au niveau central et déconcentré et les PTF. A ce titre, il est chargé entre autres de la synergie des activités concourant au développement de la santé. Il adopte une politique sectorielle unique.

À travers l'organisation de revues périodiques, le CSD procède à : i) la coordination générale de la mise en œuvre du PNDS, ii) la validation des documents et outils d'aide à la planification triennale, iii) la vérification et l'analyse des résultats pour prendre les mesures correctives nécessaires dans le cadre de la redevabilité, iv) la validation du PNDS et de son plan de suivi au regard du PNDES II, v) la concertation avec les autres secteurs sur la mise en œuvre du PNDS, vi) la validation des principales conclusions issues des évaluations et des réunions sectorielles importantes (CASEM, COPIL, EGH, etc.) et vii) la réorientation des priorités en fonction des résultats atteints.

En plus des rencontres régulières semestrielles, le Cadre sectoriel de dialogue peut organiser des missions terrain et des études pour confirmer les résultats ou les problèmes rapportés.

Pour améliorer l'efficacité du CSD, il est nécessaire de créer la synergie entre la revue de la performance du PNDS et la revue de la performance du PNDES II.

Le comité technique de suivi du PNDS

Un comité chargé du suivi de la mise en œuvre du PNDS est mis en place par le Ministère de la santé. Ce comité est présidé par le Secrétaire général du Ministère de la santé. Le secrétariat général de ce comité est assuré par la DGESS.

Le comité de suivi comprend l'ensemble des acteurs et des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé et a pour mission de : (i) veiller à la mise en œuvre du PNDS ; (ii) assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans et programmes ; (iii) donner des avis techniques sur la mise en œuvre des plans annuels ; (iv) organiser les revues annuelles du Ministère de la santé ; (v) valider les rapports de progrès du PNDS et d'adopter les différents plans triennaux et annuels) ; (vii) assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des Partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux pour la mise en œuvre du PNDS ; (viii) valider les différents documents élaborés par le comité technique de suivi et de revues des plans.

La composition du comité technique de suivi est précisée par arrêté ministériel. Il se réunira deux fois par an en sessions ordinaires et peut aussi tenir des sessions extraordinaires.

Le conseil d'administration du secteur ministériel (CASEM)

Le CASEM est l'organe chargé du suivi du plan d'actions et du plan de travail annuel du ministère. Il est présidé par le ministre de la santé. A cet effet, la DGESS est chargée de collecter et d'analyser les données et produire un rapport de mise en œuvre du plan d'actions ministériel

Les sessions des CASEM sont des instances chargées du suivi du plan d'actions du ministère. Elles se tiennent deux fois par an. La première session examine et valide le rapport de performance annuel de mise en œuvre du plan d'actions du ministère de la santé de l'année écoulée, ainsi que les perspectives sectorielles. La deuxième session examine le bilan à mi-parcours de la mise en œuvre du plan d'actions du ministère, propose des réajustements nécessaires et formule des recommandations pour une bonne mise en œuvre du plan d'actions

La rencontre périodique entre le Ministre de la santé et les partenaires

Cette instance, présidée par le Ministre de la santé est un cadre d'échanges sur :

- le bilan des engagements ;
- les orientations pour les prochaines interventions
- les difficultés rencontrées ;
- les perspectives du partenariat.

La périodicité des rencontres est trimestrielle et en cas de besoin le Ministre peut convoquer des rencontres extraordinaires.

Les Groupes thématiques (GT)

Le secteur santé comprend quatre programmes budgétaires : Pilotage et soutien au système de santé (057), Santé publique (056), Offres de soins (055) et Accès aux produits de santé (146). Les responsables des programmes budgétaires ont la charge de coordonner la mise en œuvre des activités du PNDS relevant du programme, de mettre à la disposition des acteurs les ressources prévues, de suivre la performance et de donner les orientations pour corriger les insuffisances y relatives.

Chaque programme budgétaire s'appuie sur les orientations et les conseils d'un (1) groupe sous l'appellation « Groupe thématique (GT) ». Dans l'esprit de l'approche intégrée des services il y a 4 GT qui sont logés dans les quatre programmes budgétaires.

La composition des GT devrait être la plus inclusive possible sans tomber dans l'excès. Les groupes thématiques sont l'interface entre le programme et les acteurs chargés de :

- élaborer le rapport de performance du programme ;
- établir à partir des orientations du CSD la liste des activités prioritaires annuelles, le budget y relatif et la stratégie de mise en œuvre ;
- proposer des projets de réformes techniques et administratives ;
- proposer la validation des stratégies sous-sectorielles ainsi que les résultats des études et évaluations.

Le groupe thématique définit les thématiques d'intérêt qui feront l'objet de réflexions au cours des réunions des équipes fonctionnelles

Chaque groupe thématique élabore trimestriellement un rapport d'activité qui va contribuer au suivi de la mise en œuvre du PNDS. Ce rapport sera transmis au secrétariat technique de suivi du PNDS.

Les équipes fonctionnelles

Mises en place par arrêté du Ministre de la santé, les équipes fonctionnelles sont chargées de mener des réflexions concernant les questions techniques spécifiques de leur domaine de compétence qui serviront à alimenter les travaux des groupes thématiques. Chaque groupe thématique aura tout au plus deux (2) équipes fonctionnelles. Les équipes fonctionnelles rendent compte au chef du groupe thématique dont elles relèvent.

Les responsables des équipes fonctionnelles doivent avoir un lien hiérarchique avec le chef de programme budgétaire.

Les équipes fonctionnelles sont chargées de :

- mener des réflexions concernant les questions techniques spécifiques qui serviront à alimenter les groupes thématiques ;
- appuyer techniquement la mise en œuvre des réformes sanitaires ;
- gérer l'interdépendance entre les activités ;
- attribuer la responsabilité de l'exécution des tâches et d'en fixer les échéances.

Elles se réunissent une fois par mois sur convocation de leur président.

b. Au niveau régional

Le cadre régional de dialogue (CRD)

C'est l'organe et l'instance de coordination conjointe au niveau régional. Le cadre régional sera chargé de :

- assurer la coordination régionale de l'exécution des différents plans et programmes ;
- participer aux revues annuelles de la santé ;
- approuver les rapports de progrès du PNDS et adopter les différents plans d'action ;
- organiser des sorties conjointes de suivi du PNDS au niveau régional ;
- intégrer les interventions de santé au niveau des collectivités territoriales.

Le cadre régional de dialogue est placé sous la présidence du gouverneur de région et se tient semestriellement et en cas de besoin sur convocation de son président.

Le comité régional de suivi du PNDS (CRS/PNDS)

Il a pour mission d'assurer le suivi de la mise en œuvre du PNDS au niveau régional. Le comité régional de suivi du PNDS est placé sous la présidence du gouverneur de la région et la vice-présidence du président du conseil régional. Le directeur régional de la santé en est le rapporteur. Il est chargé de présenter son rapport contributif au CRS/PNDS avant de le transmettre au Secrétaire Général du Ministère de la santé.

Le comité technique régional de santé

Le comité technique régional de santé (CTRS) est l'organe technique opérationnel de suivi évaluation et est chargé de : (i) élaborer un plan intégré de suivi évaluation au niveau régional, (ii) assurer le suivi des indicateurs régionaux, (iii) adopter le PDSR, le rapport de progrès (iv) organiser les revues régionales, (v) préparer les sessions du comité technique régional de suivi du PNDS. Il se réunit une fois par semestre.

c. Au niveau du district

Le conseil de santé de district

C'est l'organe et l'instance de coordination conjointe au niveau du district. Présidé par le Haut-commissaire de la province, ce conseil est chargé de :

- coordonner les interventions des différents acteurs de santé au niveau périphérique et notamment des communes ;
- participer aux sorties régionales de suivi du PNDS ;
- adopter le plan d'action et le plan de développement sanitaire du district.

Le Médecin chef de district est chargé de présenter son rapport de performance au conseil de santé du district avant de le transmettre au directeur régional de la santé pour exploitation.

Le conseil de santé de district se réunit deux fois par an et en cas de besoin.

Le comité technique de santé du district

Le comité technique de santé du district est composé de l'équipe cadre de district, des COGES, des ONG/associations, des leaders d'opinion, du secteur privé de santé, de représentants des ASBC et des ICP.

Il est chargé de i) suivre et évaluer la mise en œuvre du PNDS et des plans de travail annuel ; (ii) faire le suivi des indicateurs ; (iii) organiser les revues semestrielles et annuelles ; (iv) assurer l'harmonisation des interventions dans le district ; (v) valider le plan de développement sanitaire du district (PDSD).

Le comité technique de santé du district se réunit une fois par trimestre et en cas de besoin

6.1.2. Les organes consultatifs

Le conseil Consultatif Indépendant en Santé (CCIS)

Le conseil Consultatif Indépendant en Santé (CCIS) a pour missions de :

- fournir aux pouvoirs publics, en lien avec les instituts de recherche en santé, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention, de prise en charge et de sécurité sanitaire ;
- fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique ;
- contribuer à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de la politique sectorielle santé et du Plan national de développement sanitaire.

Il est composé d'une équipe de professionnels aguerris, de préférence à la retraite d'une grande notoriété et de probité irréprochable chargés de donner des orientations. Ce groupe d'experts peut s'autosaisir sur toute question par lui jugée nécessaire en rapport avec la santé. Il se réunit 2 fois par an et en cas de besoin.

Autres instances de coordination

Groupe des PTF en santé

Ce groupe est constitué au sein des partenaires et est divisé en sous-groupes.

D'autres instances de coordination au sein du Ministère de la santé fonctionnent régulièrement et fournissent des rapports contributifs à l'élaboration du rapport unique de performance. Ces instances sont : le CCIA, le CNCN, le CCM (Instance de coordination nationale du FM), le One Health, la rencontre trimestrielle des partenaires RBM ; la Task force santé communautaire, la commission de suivi des intrants essentiels de réduction de la mortalité maternelle, le CNGE etc.

6.2. Acteurs de la mise en œuvre

État

L'État assume ses fonctions régaliennes à travers la création des conditions favorables aux activités des acteurs publics et privés, du secteur. Les interventions se feront à travers les structures centrales, déconcentrées et de missions du Ministère de la santé, les institutions et les autres départements ministériels. L'Etat a en charge l'orientation des interventions et la mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles.

Secteur privé de santé

La contribution du secteur privé de santé devra être un des leviers pour accroître la couverture de la population en interventions prioritaires. Un certain nombre d'outils et de dispositifs existants pourraient être mieux exploités tels que le conventionnement, la contractualisation et/ou l'achat stratégique.

Cette contribution pour être efficace, pourrait se faire à travers les 4 sous-secteurs sanitaires privés à savoir (i) le sous-secteur sanitaire privé de soins, (ii) l'offre privée de formation professionnelle de santé (iii) l'offre privée pharmaceutique et de laboratoires et (iv) le sous-secteur des assurances et financement privé de la santé.

Pour ce faire, (i) une harmonisation des établissements sanitaires privés par le conventionnement et (ii) la création d'un régime juridique spécifique au secteur privé de santé s'avère nécessaire.

Le secteur privé non sanitaire

Le secteur privé non sanitaire, à travers le sous-secteur des assurances et financement privé de la santé, peut contribuer à la mise en œuvre du PNDS 2021-2030 à travers la participation dans les mécanismes de partage de risque maladie et l'investissement dans le secteur de la santé.

En outre, il pourrait participer à la sécurisation des financements et à la mobilisation des ressources internes à travers des mécanismes innovants.

Les modalités pour les encourager, comme la création d'un environnement des affaires favorable, des réformes fiscales en faveur des donations et un appui-accompagnement conséquent au secteur privé, sont à discuter avec le Gouvernement dans les cadres statutaires tels que les cadres de dialogues Etat-Secteur privé (CODESP).

Collectivités territoriales

Les collectivités territoriales mettent en œuvre au niveau local les activités des domaines à elles transférés par l'État notamment la santé.

La société civile

L'implication de la société civile est importante en particulier sur les aspects suivants : (i) l'amélioration de l'offre de services au niveau des zones défavorisées, d'accès difficile ou des zones d'insécurité, (ii) la mobilisation pour créer d'un environnement favorable à la santé (iii) la veille citoyenne pour le suivi et le contrôle de l'effectivité des engagements pris par les différents acteurs, le niveau de satisfaction des populations et le respect des droits des populations pauvres défavorisées et (iv) la mobilisation des ressources locales ou externes dans la mise en œuvre du PNDS 2021-2030.

Les partenaires techniques et financiers

Les PTF ont pour rôle de (i) accompagner le gouvernement dans son plaidoyer pour la mobilisation des ressources techniques et financières pour la mise en œuvre du PNDS, (ii) s'aligner sur les priorités du PNDS (iii) honorer leurs engagements en respectant les volumes, l'échéancier et la prévisibilité des ressources annoncées à travers la cartographie des ressources et (iv) participer aux exercices de suivi-évaluation dans le cadre de la redevabilité.

Sociétés savantes, ordres professionnels, partenaires sociaux

Dans le cadre de l'amélioration de l'offre de soins de santé de qualité intégrés, centrés sur la personne et la sécurité du patient, les sociétés savantes, ordres professionnels, partenaires sociaux ont un rôle essentiel à jouer notamment à travers (i) la diffusion de guides de pratiques, (ii) la veille technique sur la pratique médicale (iii) l'audit des incidents critiques et la stimulation de la recherche opérationnelle en santé.

Burkinabè de l'extérieur

Les Burkinabè de l'extérieur sont appelés à mettre à profit leur savoir-faire capitalisé. Ils apportent leur contribution à la mobilisation des ressources et des compétences, par la proposition de solutions innovantes aux préoccupations des populations. Ils participent

également à la réalisation des investissements structurants, au renforcement de l'entrepreneuriat et de l'innovation.

Communautés

Les communautés joueront un rôle important et capital dans la mise en œuvre du PNDS et particulièrement dans le suivi à travers les cellules de veille communautaire et citoyenne.

6.3. Instruments de mise en œuvre

Le PNDS 2021-2030 est mis en œuvre à travers les instruments opérationnels, à savoir, les instruments de planification et budgétaires suivant la vision « un plan, un budget, un rapport ».

6.3.1. Un plan

Le PNDS a été élaboré selon une approche participative. Il est aligné sur les référentiels mondiaux, régionaux et nationaux et ses orientations stratégiques sont en cohérence avec ceux de la PSS et le PNDES II. Dans l'esprit de la Déclaration de Paris (2005) sur l'efficacité de l'aide, le PNDS 2021-2030 est l'unique document de planification sur lequel toutes les parties prenantes doivent aligner leurs interventions au cours des 10 prochaines années. La planification pour la mise en œuvre du PNDS sera basée sur l'approche Gestion axée sur les résultats (GAR) et se fera à travers les outils suivants :

- le plan quinquennal ;
- le plan de suivi-évaluation ;
- le **document d'harmonisation et d'alignement du secteur de la santé** : il décrit la vision globale de planification, de budgétisation et d'un suivi solide du secteur de la santé à tous les niveaux ;
- le plan de communication : il permettra de renforcer la visibilité du PNDS et son appropriation par tous les acteurs du développement sanitaire national. Il accordera une place primordiale à la communication par l'utilisation des TIC ;
- le budget-programme : sur la base du Budget-programme, la DGESS élabore et diffuse une note d'orientation accompagnée de directives de planification en se focalisant sur les résultats attendus ;
- l'élaboration des plans stratégiques spécifiques devra requérir l'approbation de la DGESS conformément à la vision « un plan un budget un rapport » et à la loi n°034-2018/AN portant pilotage et gestion du développement.
- les plans de développement sanitaire régionaux et de districts, les plans communaux de développement qui définiront la voie pour atteindre les objectifs du PNDS au niveau de chaque région ou de chaque district ;

- la planification triennale glissante consolidée intégrera les activités financées par des partenaires extérieurs et non pris en compte dans le Budget-programme. Elle sera utilisée comme outil de mobilisation des ressources ;
- les documents de programmation pluriannuelle des dépenses (DPPD) seront élaborés tous les trois ans par le secteur et consolidés par le Ministère des Finances sous la forme d'un document national de mobilisation de ressources ;
- les plans d'action annuels à tous les niveaux, les projets d'établissement des hôpitaux et des plans de tous les autres acteurs. Les différentes structures du Ministère de la Santé élaborent leur plan d'action annuel sur la base de leur plan de développement et du Budget-programme qui font l'objet de revue technique avant leur adoption par les instances habilitées. Ces plans sont soumis aux sessions de financement.

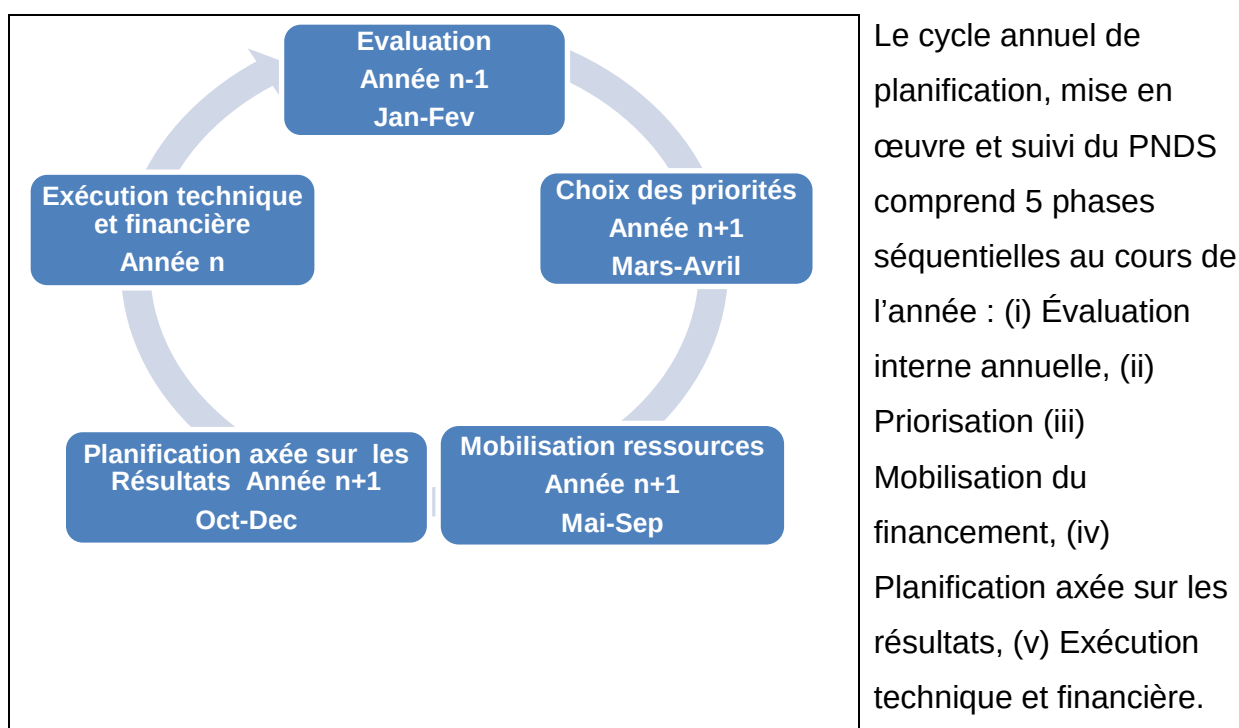


Figure 19 : Cycle de planification, d'exécution et de suivi du PNDS

6.3.2. Un budget

➤ Les sources de financement du PNDS 2021-2030

L'évaluation du PNDS 2011-2020 a révélé des insuffisances relatives aux modes de financement qui avaient été adoptés notamment dans sa seconde tranche de mise en œuvre. Les mécanismes de financement retenus seront conformes à la vision « un plan, un budget, un rapport » avec une mise en cohérence tous les sources et mécanismes de financement de la santé pour plus d'efficacité et d'équité dans la gestion des ressources.

Toutes les actions prévues dans le PNDS 2021-2030 ont été budgétisées à l'aide de l'outil « One Health ». Dans l'esprit de la Déclaration de Paris (2005), toutes les contributions financières doivent s'inscrire dans le budget calculé pour financer le PNDS. Le financement des interventions retenues dans le PNDS sera mobilisé de façon concertée auprès de l'État, les collectivités territoriales, les partenaires au développement, le secteur privé, les ONG, la diaspora et les organisations communautaires ainsi que les ménages sur la base du concept « un plan, un budget et un rapport ». La stratégie repose sur les principes fondamentaux que sont : (i) l'accès équitable à des soins de santé de qualité à des coûts abordables selon les besoins ; (ii) la disponibilité de l'offre de soins de santé à la population entière ; (iii) la pérennité du mécanisme de financement de la santé et (iv) la protection contre le risque financier. L'atteinte des résultats escomptés se fera sur la base des mesures suivantes :

- accroître la mobilisation des ressources financières publiques au profit du secteur de la santé ;
- mobiliser le financement privé pour des objectifs de santé publique ;
- mobiliser les ressources pour le financement du RAMU ;
- renforcer la mise en commun des ressources financières au niveau des RAMU (CNAMU et CAMA) ;
- renforcer la mise en commun des ressources au sein du Ministère de la Santé ;
- mettre en œuvre l'achat stratégique ;
- améliorer le pilotage des programmes budgétaires au sein du Ministère de la santé ;
- améliorer l'utilisation (efficience) des ressources financières au niveau des structures ;
- rendre disponibles les ressources pour la CSU (RH, infrastructures, équipement, médicaments et produits de santé) ;
- mettre en place un mécanisme de régulation de l'offre de soins pour la CSU ;
- mettre en place les mécanismes de redevabilité, de suivi et d'évaluation.
- **Les canaux/outils de mobilisation des ressources financières pour le PNDS**

La table ronde des Bailleurs de fonds

La table ronde des bailleurs sera organisée dès que le PNDS 2021-2030 est validé et adopté avec pour objectifs :

- l'annonce des contributions financières des parties prenantes ;
- la mise en place d'un ou des modes de financement consensuels et en cohérence avec l'approche « un plan, un budget, un rapport ».

La signature du Compact du Burkina Faso

En mars 2013, le Gouvernement burkinabè et sept PTF (OMS, UE, Coopération allemande, UNICEF, Banque Mondiale, UNFPA et BAD) avaient signé le compact du Burkina Faso avec pour objectif « *d'accroître les efforts et les ressources pour la santé en vue d'atteindre les OMD à l'horizon 2015* ».

Conçue comme un engagement éthique et moral, entre le gouvernement du Burkina Faso et ses partenaires pour soutenir la mise en œuvre du PNDS, la signature de ce dispositif de financement du PNDS est utile pour consolider le concept « un budget ». Un mécanisme ad hoc de suivi permettrait de prévenir le manque de résultats constaté dans la mise en œuvre du premier Compact.

Un plan de mobilisation de ressources

Pour mobiliser suffisamment de ressources et au moment opportun, un plan de mobilisation sera mis en place dès que le PNDS est disponible.

➤ Un plan d'harmonisation des procédures et modalités de gestion des ressources financières mobilisées

La mobilisation et la gestion des ressources financières du PNDS 2021-2030 se fera suivant l'approche sectorielle dont les principes de base sont : l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS 2021-2030, l'utilisation des procédures nationales de gestion, l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi. Un dispositif de financement sera négocié et mis en place pour augmenter la transparence, l'efficacité, la prévisibilité et la lisibilité des financements mobilisés pour financer les activités de mise en œuvre du PNDS.

Le document d'harmonisation et d'alignement du secteur de la santé vise à proposer aux parties prenantes :

- une plateforme harmonisée, informatisée pour faciliter la gestion financière dans l'esprit de l'approche « un plan, un budget, un rapport ».
- une cartographie des intervenants précisant la zone et le domaine d'intervention ainsi que les financements engagés et annoncés dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2021-2030 ;
- la mise en place d'un mécanisme de financements des activités transversales du PNDS. Ce fonds pourrait être constitué par un apport du gouvernement et une portion prélevée sur les contributions des parties prenantes ;

- l'achat stratégique.

Tout en respectant les procédures nationales de gestion, les modalités de financement du PNDS 2021-2030, peuvent combiner plusieurs approches : l'appui budgétaire sectoriel et/ou global, les projets et programmes ainsi que les fonds spécialement affectés

➤ **Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières**

Des audits financiers annuels de l'ensemble des financements seront effectués et des rapports financiers périodiques seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. De même, des contrôles par les corps de contrôle de l'État seront maintenus et renforcés. Aussi, les sessions des revues sectorielles lors des cadres sectoriels de dialogue, les conseils d'administration, les comités régionaux de suivi du PNDS 2021-2030, les comités techniques régionaux de santé et les conseils de santé de district font partie intégrante du dispositif de contrôle de gestion des ressources financières.

En plus de ces mécanismes de contrôle habituels, des mécanismes de redevabilité des services de santé vis-à-vis des populations seront développés à travers un renforcement des actions de contrôle communautaire réalisées avec l'appui des organisations de la société civile surtout locales.

6.3.3. Un rapport

Les éléments de base à mettre en place pour l'approche « un rapport » sont :

- un cadre de performance unique pour le PNDS 2021-2030 cohérent avec le cadre de performance du PNDES II. Il sera élaboré avec le plan de suivi-évaluation ;
- les rapports de progrès seront consolidés et analysés ;
- la revue annuelle du secteur organisée par le Cadre sectoriel de dialogue ;
- les rapports des sorties conjointes avec les acteurs impliqués permettront de vérifier les résultats ou d'analyser les problèmes rapportés sur le terrain ;
- les rapports d'audits techniques et financiers externes établis par un organe de suivi indépendant ;
- le rapport de l'évaluation à mi-parcours qui sera organisée en 2025 et qui comprend une partie auto-évaluation et une partie évaluation externe ;
- le rapport de l'évaluation finale externe et indépendante qui sera organisée en 2030. Il comprendra une évaluation des résultats et une évaluation selon l'approche Joint Assessment of national strategy (JANS) ;
- un consensus devra être trouvé sur les indicateurs de suivi des performances.

6.4. Cadre de suivi et d'évaluation

6.4.1 Cadre de performance/mesure de rendement

Une liste nationale d'indicateurs est définie et adoptée pour tous les acteurs et tous les niveaux pour garantir la disponibilité, la qualité et l'utilisation d'informations statistiques sanitaires fiables, intégrées, harmonisées et accessibles à tous les partenaires et acteurs du système national de santé. Les indicateurs des 4 programmes budgétaires font partie intégrante de cette liste nationale (confère tableau XI en annexe).

6.4.2 Mécanismes de suivi

Pour assurer une bonne efficacité dans la mise en œuvre du PNDS 2021-2030, il sera élaboré un plan spécifique de suivi et d'évaluation fondé sur les objectifs suivants :

- décrire le cadre institutionnel pour le suivi et évaluation conjoints du PNDS ;
- définir un cadre global, comportant des indicateurs et des cibles ;
- décrire le flux de l'information collectée dans le cadre du suivi et de l'évaluation du PNDS ;
- décrire le système d'assurance qualité des données collectées aux différents niveaux du système ;
- décrire les rôles et responsabilités des acteurs à chaque niveau dans la collecte, la transmission, l'analyse et l'utilisation des données pour guider les décisions ;
- définir de façon consensuelle un mécanisme de diffusion et d'utilisation des informations issues du suivi et évaluation pour influencer le processus de prise de décision ;
- décrire les mécanismes nationaux de revue et d'action conjoints ;
- identifier et mettre à jour les outils de collecte harmonisés des données du PNDS sensibles au genre ;

6.4.3 Mécanismes d'évaluation

En plus d'une évaluation à mi-parcours qui sera réalisée ainsi qu'une évaluation finale, il sera organisé dans le cadre du suivi des sorties conjointes avec les acteurs impliqués sous la responsabilité du comité de suivi. Une revue annuelle et une revue à mi-parcours du secteur de la santé seront réalisées dans la perspective d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs du PNDS 2021-2030.

CHAPITRES VII : BUDGÉTISATION DU PLAN

7.1. Estimation des coûts

7.1.1. Cadrage budgétaire

Au regard des difficultés sur le plan sociopolitique, sanitaire et sécuritaire, l'analyse du budget de l'État au cours de ces cinq dernières années indique que la part du budget national allouée au Ministère de la Santé a connu une tendance à la baisse passant de 12,81% en 2014 à 10,70% en 2018. Pour le secteur de la santé, la part du budget a été moins de 15% pour la même période en lien avec les engagements pris par les Chefs d'État à Abuja au Nigeria. Ces niveaux d'allocation budgétaire devraient tout de même permettre une amélioration conséquente du secteur de la santé au Burkina Faso. Pour la même période, les dépenses totales de santé ont représenté en moyenne annuelle 6,88% du PIB nominal. La planification budgétaire des interventions du PNDS s'appuie sur le document de programmation budgétaire, économique et pluriannuelle (DPBEP). Ce document fait ressortir de façon claire et cohérente une prévision de ressources financières auprès des partenaires nationaux et extérieurs. Cela permettra d'aboutir à une meilleure mobilisation de ces ressources.

7.1.2. Hypothèses de calcul des coûts des interventions

L'estimation des coûts du PNDS 2021-2030 a été faite à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation « Onehealth ». C'est un outil qui a été développé dans un élan d'unification des outils de planification et/ou de budgétisation mis en place pour les différents programmes de santé avec l'appui de différents Partenaires techniques et financiers, en particulier les agences des Nations Unies en fonction de leurs mandats respectifs. Ainsi, le Burkina Faso a fait le choix d'utilisation de cet outil pour développer son PNDS 2021-2030 en conformité avec les recommandations internationales en la matière.

Les coûts unitaires pour chaque intervention ont été déterminés à partir des interventions retenues dans le plan, adoptant l'approche des ingrédients, ou une approche de coût normalisée, appliquée pour l'estimation des coûts directs des intrants. L'approche des ingrédients incarne une méthode ascendante de calcul des coûts, en isolant d'abord les interventions définissant chaque activité, puis en identifiant, en quantifiant et en calculant les intrants nécessaires pour la production de l'unité cible et en déterminant le coût unitaire moyen pour chaque intervention. En plus des coûts d'intrants directs pour les médicaments et les fournitures, les coûts unitaires comprennent également une partie des coûts du programme qui sont nécessaires pour soutenir la mise en œuvre des interventions qui ne sont pas directement liées au nombre de personnes recevant des soins comme la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation, l'équipement, le plaidoyer et la communication, les masses médias et la sensibilisation.

Les coûts des intrants ont été obtenus à partir des prix du marché, de l'information disponible dans les bases de données d'approvisionnement du système des Nations Unies et des enquêtes.

Le présent costing a tenu compte d'une analyse des déterminants en termes de disponibilité des intrants essentiels, de ressources humaines, d'accessibilité, d'utilisation des services de santé par la population, de couverture adéquate et de couverture effective en vue de la réalisation des objectifs du PNDES II, fixés pour la période 2021-2025. Concrètement, la budgétisation a pris en compte les réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de construction et de réhabilitation des centres de santé et de promotion sociale des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux, de transformation des centres médicaux avec antenne chirurgicale en hôpitaux de districts, de la mise en œuvre du plan d'urgence pour les hôpitaux dans le contexte de COVID-19 du développement de la santé communautaire et des soins de santé primaires, la poursuite de l'opérationnalisation de la fonction publique hospitalière et le développement de l'approche Onehealth ainsi que les engagements pris par le Gouvernement en vue de l'atteinte des objectifs de développement en 2030.

En outre, certains indicateurs des ODD ont été pris en compte dans le cadre de l'évaluation des coûts du PNDS 2021-2030 afin d'être en phase avec les engagements du pays vis-à-vis de ces derniers. Il s'agit des indicateurs d'impact.

7.1.3. Tendances et besoins financiers globaux du PNDS 2021-2030

➤ Budget global

La programmation des coûts a été proposée en fonction des prévisions de financement du plan sur la base des cinq (5) orientations stratégiques. Le coût global estimatif de mise en œuvre du PNDS 2021-2030 s'élève à **8 910 780 523 543 de FCFA** soit environ 15,974 milliards de dollars US. La figure 20 ci-dessous donne l'évolution annuelle du besoin de financement du PNDS 2021-2030.

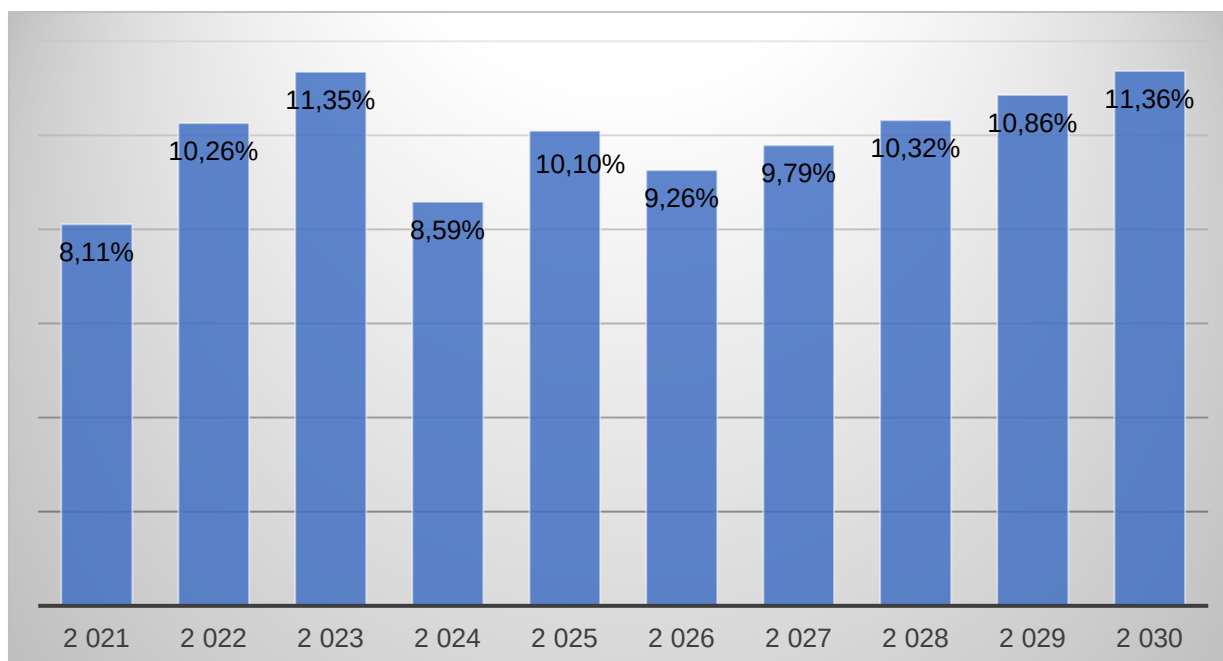


Figure 20 : Proportion par an des prévisions budgétaires du PNDS 2021-2030

La figure montre une évolution croissante du budget entre 2021 et 2023 (respectivement 8,11%, 10,26% et 11,35%), avant de décroître en 2024 (8,59%), puis remonter en 2025. La baisse du budget en 2024 s'explique par la fin de la mise en œuvre du plan d'urgence des hôpitaux en 2023. Entre 2026 et 2030, le budget est quasi stationnaire (compris entre 9,26% et 11,36%).

➤ Budget par orientation stratégique

La figure ci-dessous montre la répartition du budget par Orientation stratégique (OS) du PNDS.

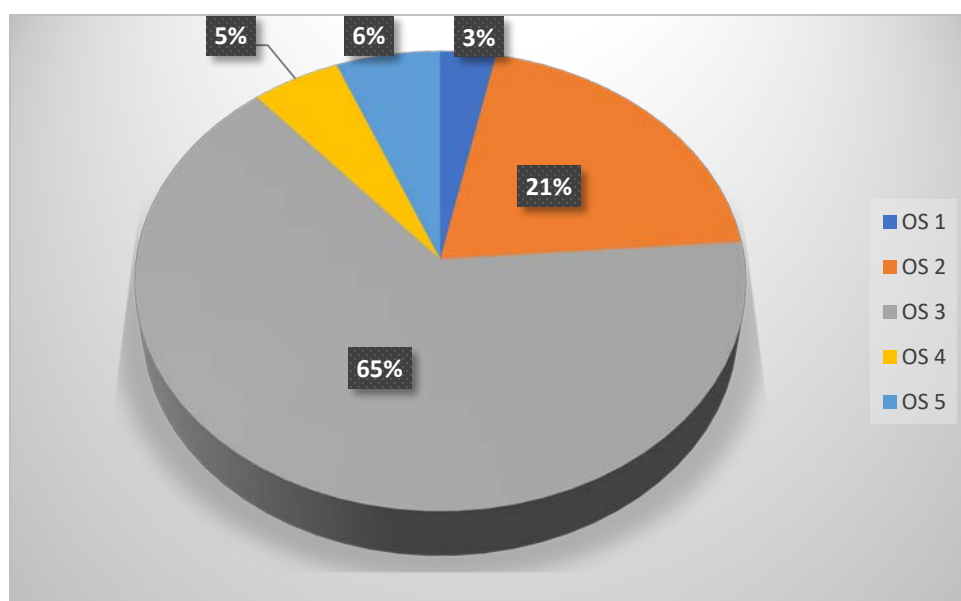


Figure 21 : Répartition du budget par orientation stratégique

La figure ci-dessus montre que l'OS 3 relatif à « Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle » consomme plus de la moitié du budget (**65%**), suivi de l'OS 2 « Développement des ressources humaines pour la santé » avec **21%**. Suivent dans l'ordre d'importance de poids, l'OS 5 (**6%**), l'OS 4 (**5%**) et l'OS 1 (**3%**).

L'importance du poids de l'OS 2 s'explique par le fait qu'elle contient les coûts relatifs aux infrastructures à réaliser, à équiper et/ou à réhabiliter et aussi ceux relatifs aux médicaments et consommables.

Le tableau VIII suivant présente les prévisions budgétaires annuelles détaillées par orientations stratégiques et année.

Tableau VI : Évolution des prévisions budgétaires du PNDS 2021-2030 en fonction de l'orientation stratégique en millions de FCFA

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	%
OS 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, efficience, transparence et redevabilité	26 170	25 946	27 191	26 647	27 481	31 119	29 239	30 197	32 374	30 981	26 170	3%
OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé	150 549	157 024	163 764	170 715	177 777	185 477	193 889	202 338	210 962	219 790	150 549	21%
OS 3 : Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)	436 817	524 072	676 522	493 321	618 997	535 362	571 382	608 854	645 605	682 401	436 817	65%
OS 4 : Adoption par la population d'un mode de vie et des comportements favorables à la santé	39 879	44 348	44 601	44 736	45 600	43 533	47 938	48 688	48 862	49 598	39 879	5%
OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires	69 297	163 087	98 969	29 576	29 966	29 871	30 043	29 592	29 702	29 930	69 297	6%
TOTAL	722 713	914 477	1 011 048	764 995	899 821	825 363	872 491	919 668	967 504	1 012 700	8 910 781	100%

➤ Budget par programme et action prioritaire du budget programme

Pour répondre aux directives de l'UEMOA, le Ministère de la santé a défini quatre (4) programmes budgétaires et vingt-quatre (24) actions prioritaires. Ainsi, à l'aide de l'outil Onehealth, une cartographie du budget global estimatif a été faite par programmes et actions prioritaires retenus par le pays. La répartition par programme budgétaire, présentée sur la figure 21 ci-dessous montre que le programme budgétaire « Offre de soins » consomme 40%, suivi du programme « Accès aux produits de santé (30%) », du programme « Santé publique (25%) » et du programme « Pilotage et soutien des services du Ministère de la santé (5%) ».

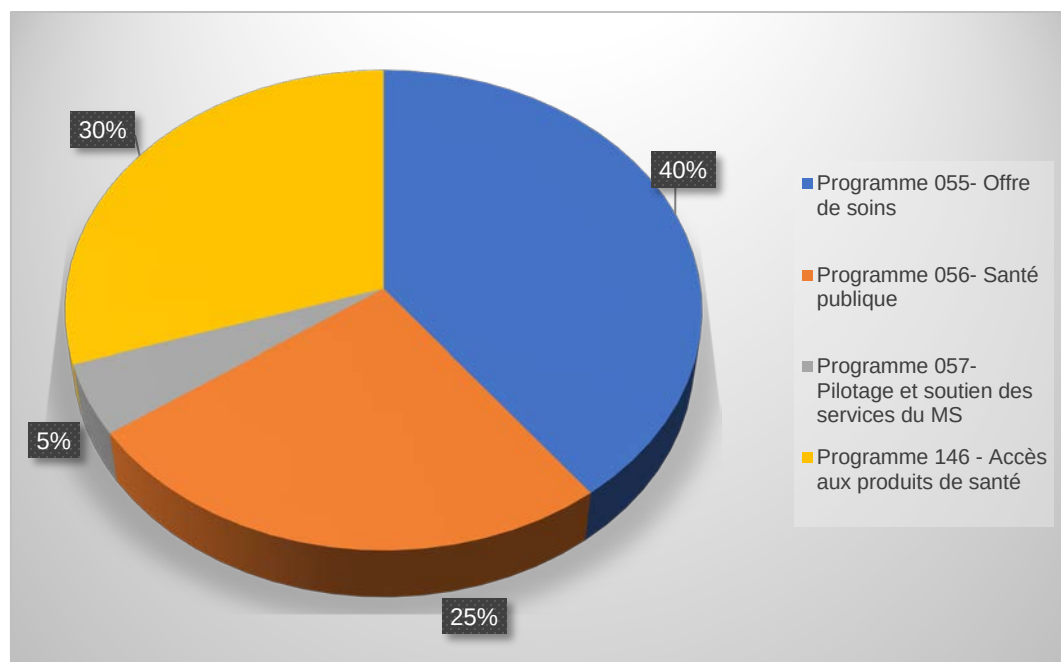


Figure 22 : Répartition du budget du PNDP par programme budgétaire

Le budget du PNDP par principales actions prioritaires est repris dans le graphique ci-après.

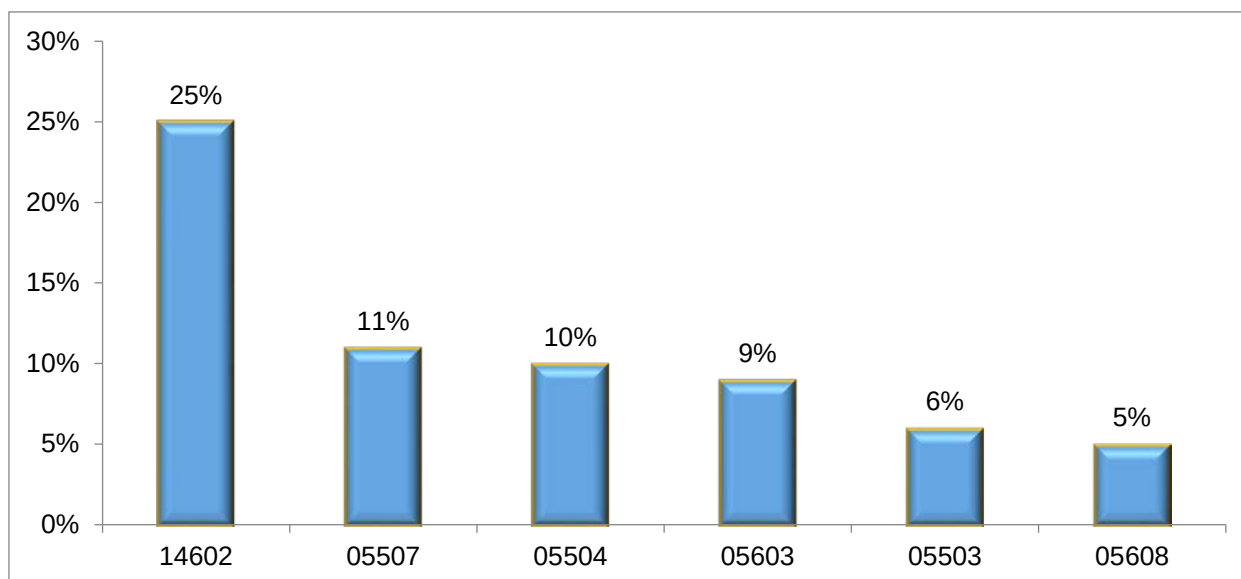


Figure 23 : Répartition du budget du PNDS par principales actions prioritaires

Le graphique ci-dessus montre qu'une grande partie du budget du PNDS soit 66% est absorbée par six les (06) actions prioritaires suivantes :

- 14602. Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité en produits de santé de qualité y compris les produits issus de la pharmacopée traditionnelle (25%) ;
- 05507. Rémunération du personnel du programme budgétaire offre de soins (11%) ;
- 05504. Promotion des mécanismes de partage des risques en matière de santé (10%) ;
- 05603. Offre de services de qualité en faveur de la santé de la mère et de l'enfant (9%) ;
- 05503. Acquisition et maintenance des équipements sanitaires (6%) ;
- 05608. Rémunération du personnel du programme budgétaire santé publique (5%).

Le pourcentage restant (34 %) est détenu par les dix-huit (18) autres actions prioritaires.

➤ **Budget par niveau de soins**

La ventilation du budget par niveau de la pyramide sanitaire montre que 57,16% des financements sont orientés vers le niveau opérationnel (district sanitaire), 17,26% vers le niveau intermédiaire et 25,58% du financement vers le niveau central. Le financement au niveau district prend en compte les activités des structures sanitaires et aussi la pratique communautaire.

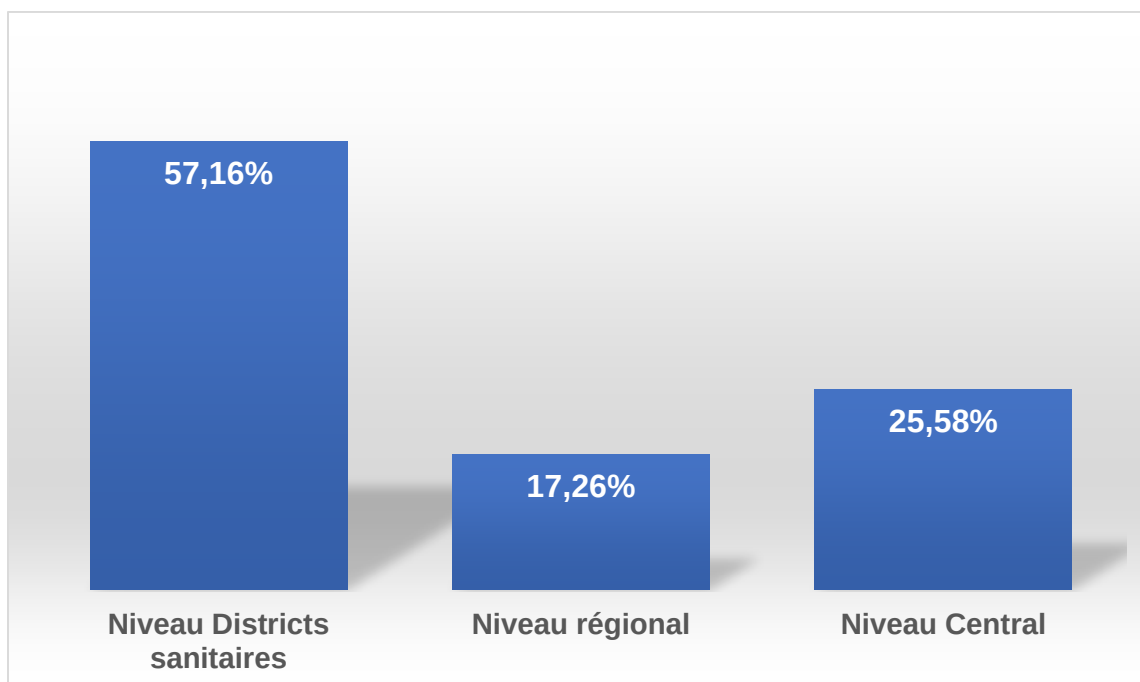


Figure 24 : Budget par niveau de soins

➤ **Budget par catégorie de dépense**

Le budget par catégorie des dépenses est repris dans le graphique suivant :

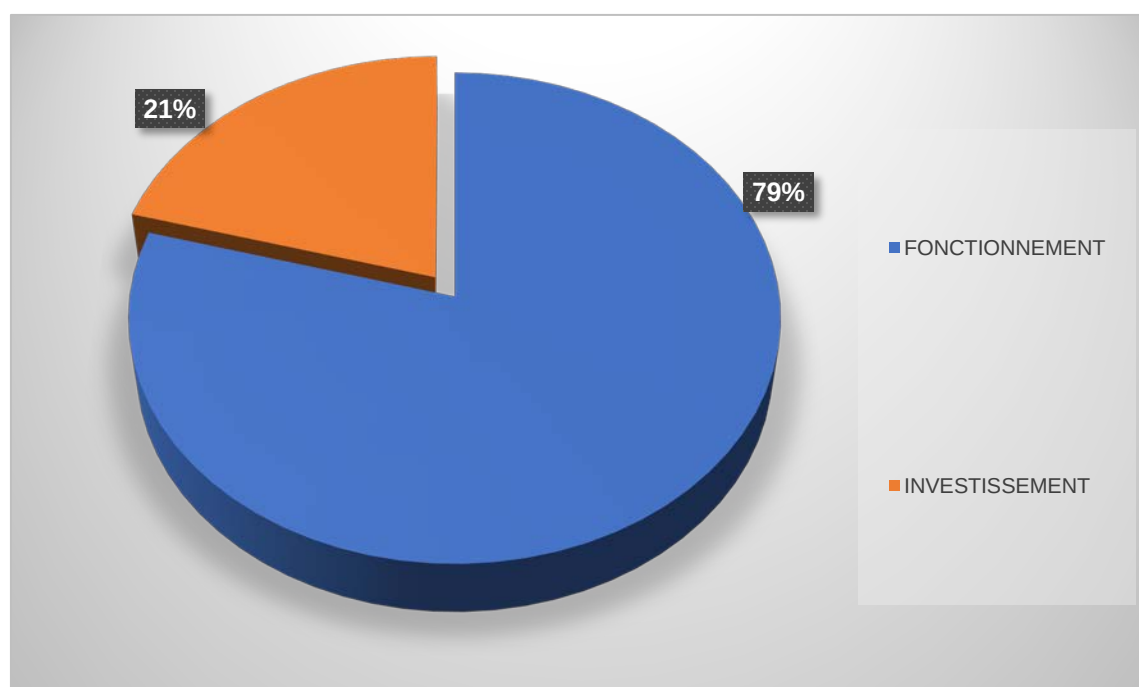


Figure 25 : Répartition du budget par catégorie de dépense

La figure ci-dessus montre que dans les coûts estimatifs du PNDS 2021-2030, les coûts récurrents occupent 79% du budget total, tandis que les coûts en capital font 21%.

Il faut par ailleurs signaler dans le budget du fonctionnement, les médicaments et fournitures occupent 28,7%, les salaires et autres avantages du personnel représentent 20,6%, et les coûts administratifs de fonctionnement font 29,7%.

Pour ce qui est des investissements, les constructions occupent 16,4 % tandis que les équipements et autres matériels consomment 5,6 %.

➤ **Budget selon les axes d'intervention**

Pour l'atteinte des résultats escomptés dans la mise en œuvre du PNDS, trente-deux (32) axes d'intervention prioritaires ont été retenus et la répartition budgétaire suivant lesdits axes a été faite. Selon cette répartition, 62,6% du budget est absorbé par trois (3) axes d'intervention et 37,4 % par le reste, soit vingt-neuf (29) axes d'intervention.

Le poids de ces trois (3) principaux axes par ordre d'importance est le suivant :

- promotion de l'équité et de la prise en compte du genre dans le secteur de la santé **(25 %)** ;
- renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité en produits de santé de qualité y compris les produits issus de la pharmacopée traditionnelle (24,90%) ;
- renforcement de la disponibilité étude la qualité de la gestion des ressources humaines (12,70%).

➤ **Budget selon les produits**

Le PNDS 2021-2030 a retenu vingt-trois (23) produits et selon la répartition budgétaire, trois (3) consomment 66,90% du budget et les 33,10% restants sont consommés par les vingt (20) autres produits.

Le poids de ces trois (3) principaux produits est le suivant :

- les produits de santé de qualité y compris les produits sanguins labiles, de nutrition, de contraception et de la pharmacopée traditionnelle sont disponibles et accessibles à tous les niveaux (28,70%) ;
- une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la prise de décisions basée sur les évidences (25,50%) ;
- la gestion des ressources humaines en santé est efficace (12,70%).

➤ **Budget des soins de santé primaire**

Les SSP consistent à assurer à la communauté des services de promotion, de prévention et de réadaptation des soins. Ils permettent donc d'assurer les principales fonctions de santé en tenant compte de l'offre de soins et de services de santé. Selon les estimations budgétaires du PNDS 2021-2030, la part consacrée au SSP représente 73,93% soit environ 6 587 815 782 691 FCFA et en moyenne 658 781 578 269 FCFA par an.

➤ **Part du budget sensible au genre**

Un budget sensible au genre est un budget qui profite à tout le monde – aux hommes et aux femmes, aux filles et aux garçons – car il favorise une distribution équitable des

ressources entre les sexes et contribue à fournir les mêmes opportunités à toutes et à tous. La budgétisation sensible au genre est essentielle à la fois pour favoriser la justice entre les femmes et les hommes et la justice fiscale. Elle implique d'examiner les budgets des États et leurs répercussions selon les sexes, les normes et rôles qui sont associés à chaque genre, et les relations entre les femmes et les hommes. La budgétisation sensible au genre cherche par ailleurs à faire évoluer ces budgets dans le but de garantir la pleine réalisation des engagements en matière d'égalité entre les femmes et les hommes. Le budget total du PNDS 2021-2030 étant estimé à 8 910 780 523 543 de FCFA, 69,93% est consacré au genre, soit 6 231 308 820 114 FCFA.

7.1.4. Scénarii de financement du PNDS

Dans le cadre de l'estimation des coûts du PNDS 2021-2030, trois scénarii ont été proposés ;

- un **scénario minimum** qui repose sur le maintien des acquis en matière de couvertures des interventions avec une légère augmentation de l'ordre de 5% sur les couvertures.
- un **scénario moyen** qui repose sur les couvertures attendues dans le PNDS. En effet, sur la base de données existantes jusqu'en 2023, il a été procédé à des projections de 2023 à 2030 en utilisant la méthode des moindres carrées ordinaires (à compléter plus haut) décrite plus haut.
- un **scénario maximum** repose sur les projections de couvertures maximales, portant à 100% toutes les couvertures attendues en 2030.

Le coût par scénario est consigné dans le tableau ci-dessous :

Tableau VII : Budget estimatif du PNDS 2021-2030 par scénario

SCÉNARIO	Coût en FCFA	Coût en dollars US
Minimum	7 726 451 111 610	14 048 092 930
Moyen (tendanciel)	8 910 780 523 543	16 201 419 134
Maximum (optimiste)	14 703 654 893 460	26 733 917 988

De l'analyse des différents scénarii, le scénario minimum se plie aux contraintes conjoncturelles actuelles. Quant au scénario moyen ou tendanciel, il offre des possibilités de mobilisations de ressources plus réalistes. Le scénario maximum est le scénario idéal nécessitant plus de ressources. Ce dernier scénario est celui qui est souvent retenu lorsqu'il n'y a pas de problème de ressources dans le pays.

Le scénario moyen ou tendanciel est donc celui qui a été retenu pour PNDS 2021-2030 parce que plus réaliste et réalisable, moyennant un effort acceptable de mobilisation de ressources.

7.2. Estimation des gains de productivité grâce à la survie des enfants de moins de 5 ans

Il existe une relation entre santé de l'enfant et développement économique. En effet, un enfant bien soigné (en bonne santé) sera mieux éduqué, et plus productif à l'avenir. En revanche, un mauvais état de santé au cours de l'enfance entraîne une perte de productivité des parents au moment de la maladie, et à long terme entraîne des troubles à l'âge adulte. Dans les familles pauvres, cela contribue fortement à entretenir le cercle vicieux de pauvreté dans les générations à venir. La mise en œuvre du PNDS va réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 41,54% en passant de 81,61 pour 1000 à 47,93 pour 1000.

Des analyses économétriques estiment qu'une réduction de 5 % du taux de mortalité des enfants entraîne un gain de productivité de 1% sur le produit intérieur brut. Le PIB actuel du Burkina Faso est estimé en 2021 à 10 065 milliards de FCFA. La mise en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, permettra au pays de générer un gain de productivité d'environ 836,83 milliards pendant les 10 années de réduction de la mortalité infanto-juvénile.

CHAPITRES VIII : CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

L'atteinte de la CSU est conditionnée par un plus grand accès de toute la population aux services de santé de qualité, sans risque financier.

Les soins de santé primaires, moteur programmatique de la CSU⁸⁸

Les SSP mettent l'accent sur l'autonomisation des communautés et la responsabilité sociale et sont de nature multisectorielle avec un lien avec l'éducation, la nutrition, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Ils permettent une approche holistique intégrant les services de prise en charge des maladies transmissibles, les services de santé de la mère et de l'enfant et les services de prise en charge des MNT. La recherche systématique et la réduction des iniquités dans l'accès aux soins de santé primaires permettront de ne pas laisser des populations vulnérables en marge de la marche vers la CSU. Les iniquités visées sont notamment celles basées sur le genre, l'âge, le handicap et la condition sociale.

Une approche intégrée centrée sur la personne est cruciale pour mettre en place des systèmes de santé capables de relever des défis nouveaux et variés pour la santé⁸⁹

L'approche verticale axée sur des maladies particulières permet de faire des progrès rapides mais réduit encore davantage la capacité des systèmes de santé à fournir des soins universels, équitables, de haute qualité et qu'il est possible de financer durablement. Une approche intégrée centrée sur la personne est cruciale pour mettre en place des systèmes de santé capables de relever des défis nouveaux et variés pour la santé, notamment l'urbanisation, la tendance mondiale à des modes de vie malsains, le vieillissement de la population, le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, les morbidités multiples, la hausse des coûts de la santé, les flambées de maladies et les autres crises liées à la santé.

Mobilisation des parties prenantes autour de l'approche « un plan, un budget et un rapport »

L'engagement des parties prenantes autour de l'approche « un plan, un budget et un rapport » sera consolidé par l'adoption d'un système de planification efficient, par l'amélioration de la transparence dans la gestion des ressources et par le renforcement de la résultologie. Il s'agit d'engager les parties prenantes dans un système de planification rationnel, efficient, synchronisé et moins redondant. La planification sera un moyen essentiel de la réussite, mais elle ne doit pas être un but. La grande implication de toutes les parties prenantes et le processus inclusif utilisé pour l'élaboration du PNDS 2021-2030 ont montré l'intérêt des parties prenantes lorsqu'ils sont impliqués dès le départ. Aujourd'hui, l'exercice de planification stratégique et opérationnelle est itératif,

⁸⁸ Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle. RAPPORT MONDIAL DE SUIVI 2019 – résumé d'orientation. Genève : OMS ; 2019(WHO/HIS/HGF/19.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁸⁹ Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Rapport 69^e Assemblée mondiale de la santé A69/39. 15 avril 2016

consommatrice de ressources en termes de temps et de financements et les cycles de planification des différents acteurs ne sont pas synchronisés. Une réflexion approfondie et participative permettrait de corriger la lourdeur du système actuel et de mettre en place un système rationnel, efficient, synchronisé et moins redondant.

La réflexion devrait aussi porter sur l'intérêt, pour chaque programme ou projet, d'élaborer systématiquement une stratégie spécifique pour la mise en œuvre des orientations stratégiques ou actions prioritaires du PNDS 2021-2030. Un certain nombre de stratégies restent au stade de document, faute de financement.

Augmentation du volume du financement de la santé, de l'efficience et de la transparence dans la gestion des ressources.

Les évaluations finales de la mise en œuvre des PNDS 2001-2010 et 2011-2020 ont relevé parmi les problèmes majeurs rencontrés lors de la mise en œuvre l'insuffisance du financement notamment des activités transversales et sa gestion inefficace. La mobilisation de plusieurs sources de financements nécessaires sera déterminante pour financer la mise en œuvre du PNDS 2021-2030.

La mobilisation de plus de ressources endogènes est la voie qui assurera une augmentation durable du financement de la santé et de la couverture sanitaire universelle. Le pays devrait aussi se mettre dans les meilleures conditions possibles pour bénéficier encore plus de l'aide publique au développement et des financements internationaux innovants. Dans le processus de mobilisation des ressources, la préférence devrait aller aux mécanismes de financement des soins de santé qui respectent les critères de faisabilité, d'équité, d'efficience et de pérennité.

Le budget de la santé devrait atteindre la cible de 15% du budget de l'État, grâce à un solide plaidoyer pour inverser le paradigme selon lequel la dépense de santé est une dépense sociale non productive. En contribuant à la réduction de la perte de productivité liée aux épisodes de maladie, le financement de la santé est un moteur de la croissance économique.

Parmi les sources endogènes de financement de la santé, l'identification et la *mobilisation de financements innovants* pourraient permettre de combler un certain nombre de déficits. Les sources prometteuses semblent être la taxe sur les billets d'avion, la taxe sur la téléphonie et la taxe sur l'alcool et le tabac. D'autres voies comme la taxe minière ou la taxe sur les transferts de fonds pourraient être analysées.

Grâce à des incitatifs appropriés notamment fiscaux, *le secteur privé devrait être encore plus encouragé à augmenter sa contribution* au financement de la santé. Le financement du secteur privé pourrait être orienté vers l'amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires, l'acquisition d'équipements techniques de pointe, la fabrication de produits de santé, la couverture du risque maladie ...

La disponibilité de ressources prévisibles et suffisantes pour financer les plans d'action devrait permettre de s'orienter encore plus vers une planification axée sur les résultats du PNDS 2020-2030.

L'amélioration de l'efficacité devrait porter à la fois sur l'efficacité allocative et sur l'efficacité technique. L'allocation des ressources entre les différents niveaux de soins et entre les différentes approches ou interventions de santé devra aller prioritairement vers les niveaux de soins, approches ou interventions qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité. Grâce à une plus grande efficacité technique, il faudra chercher à payer le maximum de services de santé à un coût minimum sans que leur qualité ne soit altérée.

La transparence, la lutte contre la corruption et l'utilisation rationnelle des ressources sont les leviers pour consolider le dialogue et la responsabilité mutuelle entre les parties prenantes ainsi que la redevabilité envers les bénéficiaires.

À ce titre, le renforcement de la gouvernance du secteur par un cadre managérial compétent et stable, la mise en place d'un corps d'inspecteurs de santé professionnels et assermentés, l'organisation régulière d'audits techniques et financiers indépendants, l'informatisation de la gestion administrative et financière et un meilleur partage de l'information seront les gages pour consolider l'adhésion des acteurs à l'approche « un plan, un budget, un rapport ».

La confiance, ainsi consolidée, permettra aux parties prenantes de faire des progrès vers un système de financement de la santé qui comporte un certain niveau de mise en commun des ressources notamment pour financer les activités transversales de mise en œuvre du PNDS 2021-2030.

Culture de la résultatologie

Les résultats seront évalués sur la base d'un cadre unique de performance accepté par toutes les parties prenantes. Les réunions périodiques des organes chargés de piloter et de suivre la mise en œuvre du PNDS 2021-2030, à tous les niveaux, devraient être une plateforme pour suivre les résultats, identifier les performances insuffisantes, rechercher les causes et prendre les mesures correctrices. La culture du résultat s'applique au niveau individuel, au niveau des entités de soins et des entités administratives.

Augmentation de l'utilisation des services de santé sans risque financier pour les bénéficiaires

Au cours des 10 prochaines années, un effort particulier devrait être porté sur la réduction de la population qui vit à plus de 10 km d'une formation sanitaire aujourd'hui estimée à 20,5% de la population totale. L'amélioration de l'accessibilité physique des structures de santé, la transformation d'un certain nombre de CSPS en CM et la plus grande disponibilité de personnel qualifié devraient susciter une réflexion pour redéfinir la porte

d'entrée dans la filière des soins et services de santé. Les principales caractéristiques de cette porte d'entrée seraient son accès facile pour toute la population et la disponibilité d'un paquet de services essentiels à haut impact.

Une meilleure disponibilité du personnel qualifié, des intrants, des équipements et matériels en bon état de fonctionnement permettrait de corriger la baisse progressive observée au cours des dix dernières années, de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services essentiels.

L'amélioration de l'offre de services de santé sexuelle des adolescents et jeunes mérite une attention particulière et devrait être une priorité. Cette tranche d'âge représente une proportion très importante de la population burkinabè à prendre en compte pour atteindre le dividende démographique.

Le rendement du personnel pourrait être amélioré par le respect des obligations contractuelles et un meilleur balisage de l'exercice privé par les fonctionnaires de l'État.

Réduire les barrières financières

Le dispositif de subvention puis de gratuité des soins pour la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans a montré son efficacité, notamment en améliorant l'utilisation des services par la population cible. En attendant l'opérationnalisation de la CNAMU et pour ne pas perdre les acquis, ce dispositif devrait être renforcé et même étendu en faveur d'autres populations vulnérables (personnes âgées, indigents...).

L'accélération de l'opérationnalisation de l'AMU est la solution durable pour réduire les barrières financières.

Le secteur de la santé devra se préparer activement à jouer son rôle de fournisseur de services et de soins standardisés et normalisés. La gestion des formations sanitaires devra passer du mode gestion d'établissement étatique au mode gestion d'entreprise de production de services. La qualité des services sera le meilleur incitatif pour amener les bénéficiaires à adhérer au système de prépaiement. La CNAMU doit se préparer à son rôle d'acheteur de services au bénéfice des assurés en mobilisant suffisamment des fonds. Les transactions se feront sur la base d'une tarification harmonisée et négociée. Une coordination renforcée des quatre départements ministériels (santé, fonction publique, finances, action sociale) et de la CNAMU pourrait accélérer l'opérationnalisation de l'AMU.

Assurer le paquet de soins et services essentiels dans les zones touchées par l'insécurité et la réponse adaptée aux situations de crises sanitaires

Des stratégies efficaces seront nécessaires pour restaurer l'offre de services de santé perturbée par la destruction ou la fermeture des infrastructures, le pillage du matériel et

de la logistique, la fuite du personnel dans les zones à fort défi sécuritaire et la surcharge de travail dans les zones d'accueil des personnes déplacées.

Parmi les stratégies à privilégier, il faut citer le recrutement de personnels ayant une excellente connaissance du terrain et formés aux techniques de prise en charge des traumatismes de guerre, le renforcement de l'approche communautaire et de la délégation de tâches, les stratégies mobiles ou avancées, le renforcement des services de réanimation, de prise en charge des traumatisés et des brûlés graves, de réhabilitation et de prises en charge psychologique.

Le développement de la résilience du système et au sein de la communauté sera une stratégie incontournable face à une insécurité qui semble s'installer dans la durée.

Le renforcement de l'approche « One health » permettra d'améliorer la surveillance et la détection des maladies épidémiques, dont les maladies émergentes.

Les plans de réponse aux situations de crises sanitaires ainsi que certaines ressources devraient être prêtes à l'avance.

Le renforcement des hôpitaux, dont la fragilité a été mise au grand jour par la pandémie de la COVID-19, doit être une priorité pour préparer le système de santé à apporter une réponse adéquate aux crises sanitaires.

Adoption par la population de comportements et d'un mode de vie favorables à la santé

Face au triple fardeau des maladies transmissibles, dont des épidémies de plus en plus fréquentes, de maladies émergentes, des maladies non transmissibles et de la malnutrition, la communication pour le changement social et comportemental est à renforcer et à privilégier pour ses avantages sur le plan coût-efficacité. La population devrait être encouragée à comprendre que l'individu et la communauté ont une responsabilité à prendre pour améliorer la santé. Il faut changer le paradigme selon lequel la santé est un don du gouvernement.

Le succès de cette communication sera mesuré non sur le processus mais sur le changement réalisé en termes de proportion de la population qui abandonne les pratiques néfastes, les attitudes de refus de certaines interventions offertes ou qui adopte une alimentation saine, des attitudes favorables à la santé comme l'exercice physique. Il s'agit des conditions nécessaires pour le succès de la mise en œuvre des actions consignées dans la stratégie.

CONCLUSION

L'élaboration du nouveau PNDS 2021-2030 a été conduite selon la vision « un plan, un budget, un rapport ». Le PNDS 2021-2030 traduit la volonté des autorités du Ministère de la santé et du gouvernement à apporter des réponses adéquates aux problèmes de santé des populations avec efficacité et efficience dans les actions de santé.

Il constitue le référentiel de mise en œuvre de la PSS 2018-2027 et de l'objectif stratégique 3.1 du PNDES II « *promouvoir la santé de la population et accélérer la transition démographique* ». Il est aligné sur les référentiels internationaux, sous régionaux et nationaux et son ambition est de contribuer fortement à l'amélioration de l'état de santé des populations. Ainsi, il contribuera à accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs de développement durable et à réduire les inégalités et l'injustice sociale qui empêchent de larges couches de la population à accéder aux services de santé essentiels.

L'exécution du plan nécessitera la mobilisation d'importantes ressources notamment les ressources domestiques et une diminution de la contribution directe des populations.

La réussite de sa mise en œuvre, comme lors de son élaboration, requiert l'engagement du gouvernement, des partenaires techniques et financiers ainsi que tous les autres acteurs du système de santé autour de la vision « un plan, un budget, un rapport ». Il est impérieux que tous les outils et instruments d'opérationnalisation du plan soient alignés aux nouvelles orientations du secteur. Le leadership affiché, le respect des principes d'harmonisation et d'alignement des intervenants, de même que la communication dans toutes ses dimensions constituent des piliers majeurs qui vont accompagner la mise en œuvre de ce document.

ANNEXES

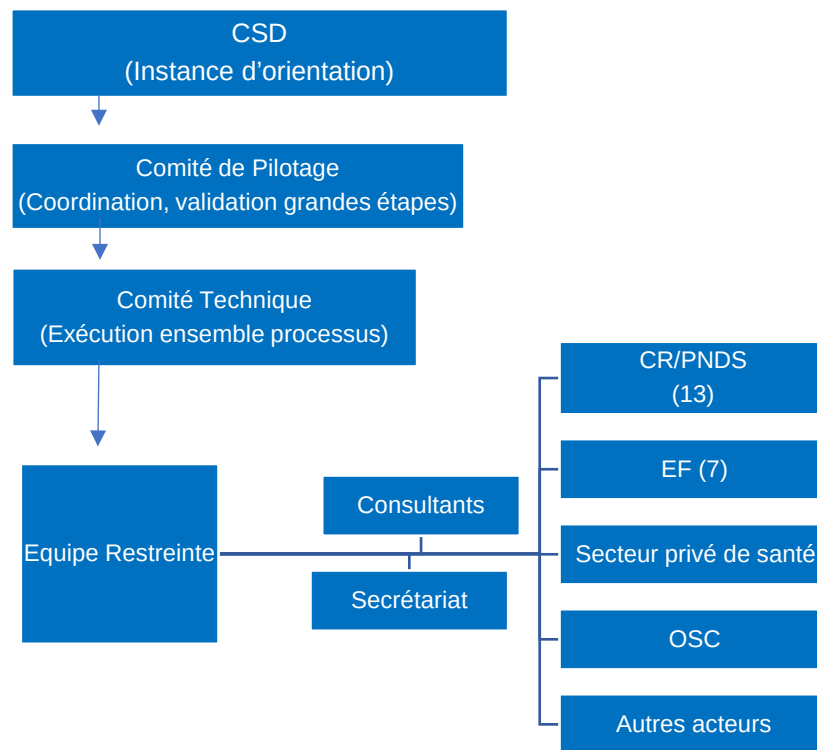


Figure 26 : Schéma du dispositif d'élaboration du PNDS 2021-2030

Tableau VIII : Évolution des indicateurs du PNDS de 2011 à 2020

	INDICATEURS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Cible 2020
MOYENS-RESSOURCES												
1	Budget santé/ budget de l'État* (%)	9,1	12,5	12,5	12,7	12,6	12,4	11,9	11	13,7	11,57	>=15 %
2	Ratio médecins/population	22 017	21 320	21 573	20 864	15 518	15 836	14 404	12 000	10 927		1000 0
3	Ratio IDE/population	5 056	5 280	4 965	4 809	4 243	4 108	3 619	3 281	3 074		<500 0
4	Ratio SFE/population	12 754	12 702	10 888	10 253	7 743	7 378	5 874	5 510	4 831		<700 0
5	Rayon moyen d'action théorique (km)	7,2	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7	6,5	6,4	6,3	6,2	5
6	% formations sanitaires remplissant les normes minimales en personnel	88,8	85,3	86,1	89,8	94,3	93,2	91,0	84,8	87,1	85,4	95%
7	Pourcentage de DMEG n'ayant pas connu de rupture de stock en MEG	91,8	80,4	75,9	81,3	77,0	28,0	18,6	13,0	18,2	14,5	100 %
PRODUITS												
8	Complétude rapports d'activités des FS privées de soins	66,0	71,6	79,7	81,3	81,3	75,0	66,1	69,2	49,4	61,9	100 %
9	Taux de détection de la tuberculose/Taux de notification	21,2	31,1	30,7	31	30,3	29,8	28,5	29,5	28,3	27,6	55
10	Taux d'occupation des lits dans les hôpitaux publics (CHU/CHR, CHN, HD)	45,8	41,7	48,8	38,0	46,3	50,5	52,3	61,1	71,1	67,8	80
EFFETS SUR LA SANTÉ DES ENFANTS < 5 ANS												
11	Nouveaux contacts/habitant et/an des enfants de <5 ans	1,4	1,7	1,7	1,8	1,7	2,5	3,1	3,1	3,3	2,5	>2
12	Létalité du paludisme grave chez les enfants < 5 ans (%)	3,1	2,7	2,4	2	2,0	1,5	1,4	1,5	1,4	1,4	<1
13	Insuffisance pondérale chez les enfants < de 5 ans (%)	24,4	24,4	21	20,1	23	19,2	16,2	17,8	17,3	17,6	15
14	%d'enfants nés de mères infectées par le VIH sous ARV complets	93,8	63,8	61,8	71,4	110	89,3	93,4	93,4	86,8	86,8	100
15	Taux de couverture en Penta3 (%)		102,9	101	103,0	105,3	102,9	106,1	104,8	99	98,1	100
EFFETS SUR LA SANTÉ DE LA MÈRE												
16	Taux de prévalence contraceptive	34,2	32,7	32,4	34,3	31,2	21,5	22,0	26,4	27,3		32
17	Couple-année de protection (%)	12,4	14,9	17,4	19,9	22,3	24,4	27,1	32,0		26,00	40
18	Taux de létalité du paludisme chez les femmes enceintes	0,4	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,04	0,02		0,09	
19	Taux de césariennes parmi les naissances attendues	1,6	1,9	2,1	2,3	2,4	2,3	2,2	2,5	2,5	2,6	10
20	Taux de couverture en CPN4 (%)	25,5	31,2	28,5	33,1	34,1	34,5	38,0	39,3	39,2	38,0	60
21	% femmes enceintes ayant eu le TPI2	62	52,6	54,8	66,8	66,7	68,2	55,6	71,5	72,1	72,0	90
22	Couverture VAT2 chez les femmes enceintes	90,9	92,7	88	81,8	93,5	93,1	85,7	104,8	82,5	68,7	100

23	% femmes enceintes infectées par le VIH sous traitement complet PTME	91	92,8	70,7	94,6	110	89,3	93,4	93,4	86,8	86,8	80
24	Taux accouchements assistés par du personnel qualifié (%)	76	82,1	80,5	86,2	83,4	80,9	83,4	83,1	79	77,2	90
EFFETS SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION												
25	Taux de mortalité intra hospitalière (CHU/CHR, HD) (%)	65,2	59,6	68,4	56,9	63,1	56,4	49,2	57,7	60,3	64,2	<50
26	Séroprévalence de l'infection à VIH	1,6					1,2	1,3	1,3		0,79	<0,5
27	Taux de décès dus à la tuberculose	8,6	9,2	8,1	8,8	8,9	9,9	10	8,2		8,3	<5%
INDICATEURS D'IMPACT												
28	Ratio de mortalité maternelle /100000 naissances vivantes	341				330		320				277,1
29	Taux de mortalité néonatale (‰)	28				23,2				26		17,12
30	Taux de mortalité infantile (‰)	65				42,7				54		30,42
31	Taux de mortalité infanto juvénile	129				81,6				88		52,54

Tableau IX : Alignement des orientations stratégiques du PNDS 2021-2030 sur les référentiels

PNDES II 2021-2025	PSS 2018-2027	PNDS 2021-2030	Programme budgétaire
Objectif stratégique 3.1.: Promouvoir la santé de la population et accélérer la transition démographique	Objectif global : Améliorer l'état de santé de la population	Objectif global : Contribuer à l'amélioration de la santé de la population	
EA3.1.1 : l'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous. EA3.1.3. : l'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré. EA3.1.4. : l'accélération de la transition démographique est réellement mise en mouvement	OS 1 : Assurer l'accès universel aux services de santé de qualité. OS 2 : Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables. 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. OS5 : Promouvoir la disponibilité des ressources	OS 3 : L'utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier. OS 4 : La population adopte un mode de vie et des comportements favorables à la santé. OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé	P 055 et P 146 P 057
EA3.1.2 : le système sanitaire est outillé à faire face aux épidémies et pandémies		OS5 : Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficacité et résilience.	P 056
	OS4 : Promouvoir la bonne gouvernance	OS1 : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité.	P 057

Axes d'intervention

Produits

Effets

Impact

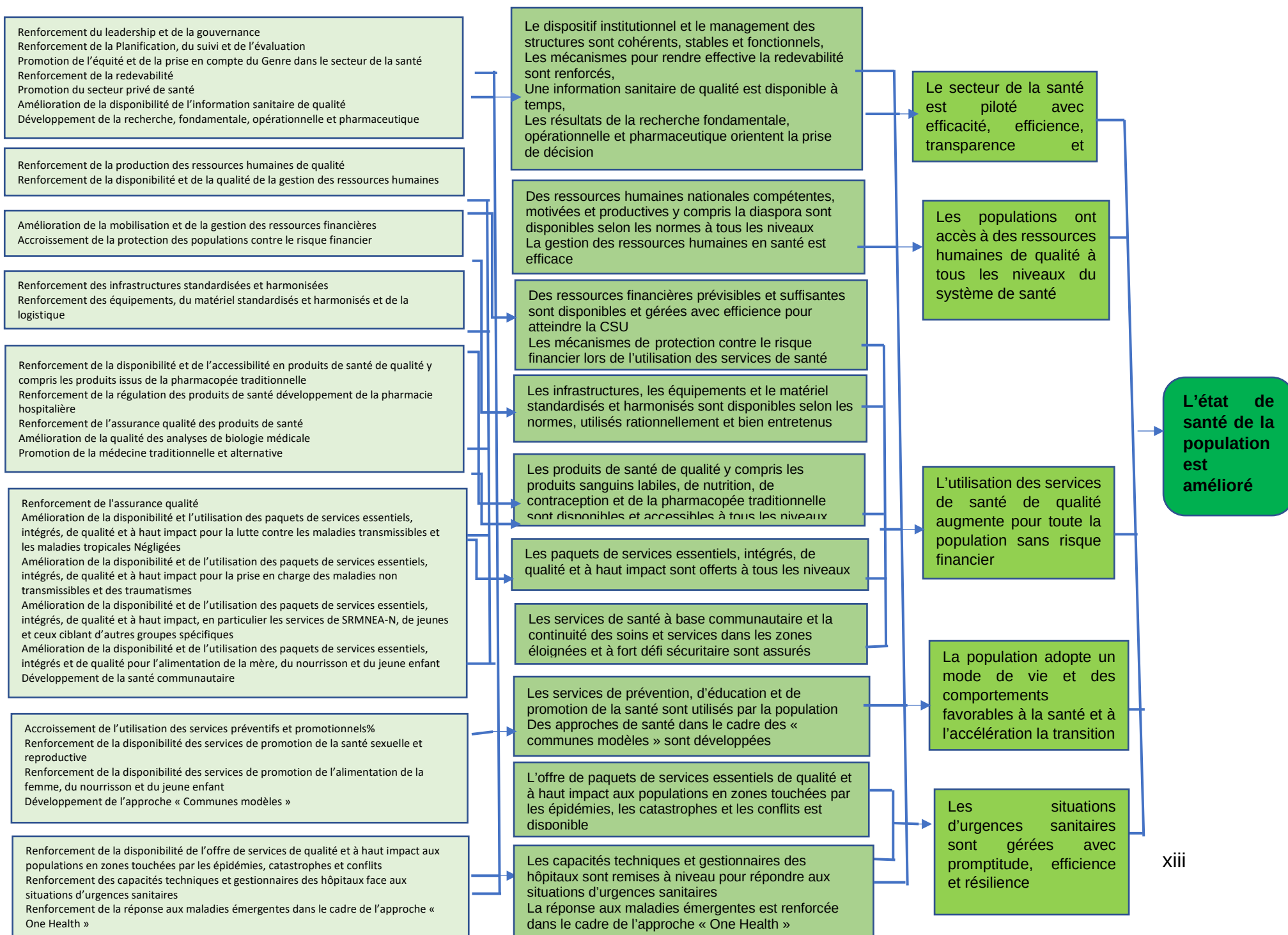


	Figure 27 : Théorie de changement du PNDS						
	Tableau X : Cadre logique global axé sur les résultats du PNDS 2021-2030						
	<i>Intitulé du référentiel :</i>		<i>Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030</i>				
	<i>Impact escompté (référentiel national) :</i>		<i>Accélération du niveau de développement du capital humain</i>				
	<i>Contribution du PNDS à l'impact (OG_PS)</i>		<i>Améliorer l'état de santé de la population</i>				
	<i>Impact escompté</i>		<i>Augmentation de l'espérance de vie à la naissance</i> <i>Réduction de l'indice synthétique de fécondité</i> <i>Réduction des morbidités et de la mortalité</i>				
	<i>Vision : un meilleur état de santé possible à l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant</i>						
	<i>But : Contribuer au bien-être des populations</i>						
	Objectif : Améliorer l'état de santé des populations						
Cod e	Indicateurs d'impact	Sources	Respon sables / Structu re	Valeurs de référence (2020)	Cibles finales	Hypothèses	Risque
	<i>Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)</i>	<i>Rapport EDS,</i>	<i>INSD</i>	320,00	245,33	<i>Priorité accordée à la santé dans l'agenda national ; Mobilisation, pour l'agenda santé mondiale, des PTF traditionnelles et de fondations financées par les philanthropes ; Révolution numérique et le développement rapide des applications à la médecine des</i>	<i>Survenue de crises socio-politiques</i> <i>Survenue de catastrophes naturelles et de crises humanitaires</i> <i>Ralentissement de la croissance économique</i> <i>Insécurité grandissante</i> <i>Mouvements de revendication sociale du personnel « mouvements</i>
	<i>Taux de Mortalité infanto juvénile (‰)</i>	<i>Rapport EDS</i>	<i>INSD</i>	81,60	12,67		
	<i>Taux de mortalité néonatale (‰)</i>	<i>Rapport EDS</i>	<i>INSD</i>	23,21			
	<i>Taux de mortalité générale (‰)</i>	<i>Rapport EDS</i>	<i>INSD</i>	11,8	43,29		
	<i>Indice synthétique de fécondité</i>	<i>Rapport RGPH</i>	<i>INSD</i>	5,40	2,47		
	<i>Espérance de vie à la naissance chez les hommes</i>	<i>Rapport RGPH</i>	<i>INSD</i>	61,6	64,5		
	<i>Espérance de vie à la naissance chez les femmes</i>	<i>Rapport RGPH</i>	<i>INSD</i>	61,6	66,6		

						technologies de l'information et de la communication et des technologies de la santé	d'humeur » Réticence ou refus de certaines communautés pour accepter les interventions Respect des engagements entre le gouvernement et les PTF
Orientation stratégique 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du Genre							
E1.1 : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité							
Cod e	Indicateurs d'effet	Sources	Respon sables	Valeurs de référence (2020)	Cibles finales	Hypothèses	Risques
	Proportion de structure ayant une performance globale satisfaisante	Rapport d'activités	DDII	74,96%	100		
	Performance globale du MS	Rapport d'activités	DDII	64,25%	76,8		
E2 : Les populations ont un accès équitable à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé							
Cod e	Indicateurs d'Effet	Sources	Respon sables	Valeurs de référence	Cibles finales	Hypothèses	Risques
	Densité des professionnels de la santé pour 1 000 habitants	Rapport SARA	DGESS	10 (2018)	23		Non recrutement de nouveaux agents, Faible engagement des collectivités au financement

Orientation stratégique 3 (OS 3) : Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)

E3.1 : L'utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier.

Cod e	Indicateurs d'Effet	Sources	Respon sables	Valeurs de référence	Cibles finales	Hypothèses	Risques
	<i>Nombre de contacts par habitant et par an</i>	<i>Annuaire statistique MS</i>	<i>DGESS</i>	<i>1,08</i>			<i>Insécurité grandissante de Mouvements de revendication sociale des personnels « mouvements d'humeur » Réticence ou refus de certaines communautés pour accepter les interventions Respect des engagements entre le gouvernement et les PTF</i> <i>Résistance des populations aux mesures de prévention</i> <i>Défaut d'approvisionnement</i>
	<i>Indice synthétique de fécondité</i>	<i>Rapport EDS</i>	<i>DGESS</i>	<i>5,40</i>			
	<i>Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an pour les enfants de moins de 5 ans</i>	<i>Annuaire statistique MS</i>	<i>DGESS</i>	<i>2,5</i>			
	<i>Incidence du paludisme dans la population générale (1 000 hbts)</i>	<i>Annuaire statistique MS</i>	<i>DGESS</i>	<i>527</i>			
	<i>Létalité du paludisme grave dans la population générale (pour 100 000 hbts)</i>	<i>Annuaire statistique MS</i>	<i>DGESS</i>	<i>17,22 (2018)</i>			
	<i>Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (%)</i>	<i>Annuaire statistique MS</i>	<i>DGESS</i>	<i>1,4%</i>			
	<i>Taux de prévalence contraceptive (%)</i>	<i>Annuaire statistique MS</i>	<i>DGESS</i>	<i>35,2%</i>			
	<i>Taux de létalité du paludisme chez les femmes enceintes (%)</i>	<i>Annuaire statistique MS</i>	<i>DGESS</i>	<i>0,09%</i>			

	Taux de mortalité intra-hospitalière (Pour 1000)	Annuaire statistique MS	DGESS	59,3			nt médicaments, ARV, sang et dérivés
	Taux d'occupation des lits (CHU/CHR, HD) (%)	Annuaire statistique MS	DGESS	67,8			Instabilité politique
	Séroprévalence de l'infection à VIH (%)	Annuaire statistique MS	SP/CNL S-IST (UCPSE)	0,70% (2018)			Non-respect des textes législatifs et réglementaires
	Taux de transmission mère enfant du VIH (%)	Annuaire statistique MS	DGESS	2			Crise alimentaire
	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez l'enfant de moins de 5 ans	Annuaire statistique	DGESS	17,6			Mobilité des agents
	Index CSU	Annuaire statistique	DGESS	22,05 (2018)			Faible engagement des partenaires à financer le PNDS
	Taux de mortalité maternelle intra-hospitalière (Pour 100 000 parturientes)	Annuaire statistique	DGESS	134			Insécurité grandissante
	Taux de mortalité néonatale intra-hospitalière (Pour 1000)	Annuaire statistique	DGESS	7,1			

Orientation stratégique 4 (OS 4) : Adoption par la population d'un mode de vie et des comportements favorables à la santé et à l'accélération la transition démographique

E4 : La population adopte un mode de vie et des comportements favorables à la santé

Cod e	Indicateurs d'Effet	Sources	Respo nsables	Valeurs de référence	Cibles finales	Hypothèses	Risques
	Prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes	Enquête STEPS; MTMU;EDS	DGSP	18,2			Respect des engagements entre

	Prévalence du diabète chez les adultes	Enquête STEPS ; MTMU ; EDS	DGSP	7,6			le gouvernement et les PTF
	Taux de survie des patients atteint de cancers col de l'utérus et pris en charge	Rapport GLOBOCAN	DGSP	21,6			Résistance des populations aux mesures de prévention ;
	Taux de survie des patients atteint de cancers de la prostate et pris en charge	Rapport GLOBOCAN	DGSP	5,9			Crise alimentaire
	Proportion d'enfants de 6-23 mois ayant une alimentation minimum acceptable (%)	Enquête SMART	DGESS	21,9			Mobilité des agents
	Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans (%)	Enquête SMART	DGESS	24,9			Fuite des spécialistes
	Prévalence de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de moins de 5 ans	Enquête SMART	DGSP	1,1			Faible engagement des partenaires à financer le PNDS
	Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	EDS(ENIAB)	INSD / MINEFI D DGSP	72,5			Insécurité grandissante
	Taux de prévalence contraceptive des femmes en union (%)	Annuaire statistique	DGESS	28%		60	
	Couple année-protection (%)	Annuaire statistique	DGESS	26%			
	Taux de prévalence de consommation du Tabac et autres substances addictives	STEPS	DGSP	13,36%			
	Prévalence de l'obésité chez les adultes	STEPS	DGESS	<5 %			

Orientation stratégique 5 (OS 5) : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires							
E5 : Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficacité et résilience							
Cod e	Indicateurs d'Effet	Sources	Respo nsable s	Valeurs de référence	Cibles finales	Hypothèses	Risques
	<i>Létalité de la méningite</i>	<i>Annuaire statistique</i>	<i>DGESS</i>	<i>6,80%</i>	<i><3</i>		<i>Survenue de catastrophes naturelles et de crises humanitaires</i>
	<i>Létalité des cas de rougeole,</i>	<i>Annuaire statistique</i>	<i>DGESS</i>	<i>0,12%</i>	<i><3</i>		
	<i>Létalité de la COVID-19</i>	<i>Annuaire statistique</i>	<i>DGESS</i>		<i><3</i>		
	<i>Létalité des cas de choléra</i>	<i>Annuaire statistique</i>	<i>DGESS</i>	<i>0%</i>	<i><3</i>		

Tableau XI : Matrice des reformes stratégiques et investissements structurants du PNDS 2021-2030

Annexe : Arrêté portant création du Comité de pilotage

Arrêté portant création du Comité technique