

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE**

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice



**STRATEGIE NATIONALE
DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE**

2021-2025

Novembre 2021

PREFACE



Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030, élaboré afin d'apporter des réponses adéquates aux problèmes sanitaires des populations, est mis en œuvre à travers deux tranches quinquennales et des plans triennaux glissants.

L'évaluation finale du PNDS 2011-2020 a permis d'obtenir des résultats significatifs avec l'amélioration de certains indicateurs comme 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 mars 2019 ont ralenti, voire 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 ...

La Stratégie nationale de développement sanitaire (SNDS) 2021-2025 correspond à la première tranche quinquennale du PNDS 2021-2030. Elle opérationnalise la Politique sectorielle santé (PSS) 2018-2027 et vise l'amélioration de l'état de santé de la population d'ici 2025. Elle s'inscrit aussi dans une logique de contribution à la mise en œuvre du Plan national de développement économique et social (PNDES II) 2021-2025 notamment en son objectif stratégique (OS3) 3.1 : « promouvoir la santé de la population et accélérer la transition démographique » et dans une perspective d'accélération de l'atteinte des Objectifs de développement durable (OD0) et la Couverture sanitaire universelle (CSU).

Les défis à relever sont, 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. A ceux-ci, s'ajoutent 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. Aussi, 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.

L'élaboration de la stratégie a été participative et inclusive selon l'approche « un plan, un budget, un rapport », ce qui devrait faciliter son appropriation et sa mise en œuvre. Ainsi, j'exhorte tous à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique


Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU

Chef de l'Ordre National



TABLE DES MATIERES

PREFACE	i
TABLE DES MATIÈRES	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
RÉSUMÉ	ix
CONTEXTE ET JUSTIFICATION	xiii
PARTIE I : ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE	1
I.1. Contexte politique, socio-économique.....	3
I.1.1 Données géo-climatiques	3
I.1.2 Données démographiques	3
I.1.3 Données socio-économiques	4
I.1.4 Données socio-culturelles	5
I.1.5 Données socio-politiques	6
I.1.6 Situation sécuritaire et humanitaire	6
I.1.7 Situation des technologies de l'information et de la communication.....	7
I.2 Cadre institutionnel, organisationnel et réglementaire.....	7
I.2.1 Cadre institutionnel et organisationnel	7
I.2.2 Cadre juridique	9
I.3 Bilan des politiques et stratégies antérieures	9
I.4 Forces et faiblesses	11
I.5. Les opportunités et les menaces.....	47
I.6 Les grands défis à relever	48
PARTIE II : ELEMENTS DE LA STRATEGIE	49
II.1 Fondements	51
II.2 Vision	51
II.3 Principes directeurs.....	51
II.4 Orientations stratégiques	53
II.4.1 Objectif global et impacts attendus.....	53
II.4.1.1 Objectif global	53
II.4.1.2 Impacts attendus.....	53
II.4.2 Axes stratégiques, objectifs stratégiques et effets attendus.....	53
PARTIES III : DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION	59
III.1 Dispositions de mise en œuvre	61
III.1.1 Instruments de mise en œuvre.	61
III.1.1.1 Un plan.....	61
III.1.1.2. Un budget	62

Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

III.1.1.3. Un rapport	64
III.1.2 Acteurs de mise en œuvre	65
III.1.3 Cadre organisationnel	67
III.1.3.1 Mécanismes institutionnels de pilotage, de coordination et d'exécution	67
III.1.3.2. Organes consultatifs	71
III.2 Suivi et évaluation	72
III.2.1 Mécanisme de suivi et d'évaluation.....	72
III.2.1.1 Mécanisme de suivi.....	72
III.2.1.2 Mécanisme d'évaluation.....	72
III.2.2 Outils de suivi et d'évaluation.....	72
III.3 Mécanisme de financement.....	73
III.3.1 Estimation des coûts	73
III.3.1.1. Cadrage budgétaire	73
III.3.1.2. Hypothèses de calcul des coûts des interventions.....	73
III.3.1.3. Tendances et besoins financiers globaux	74
III.3.1.4. Scénarii de financement du SNDS 2021-2025.....	82
III.3.2. Estimation des gains de productivité grâce à la survie des enfants de moins de 5 ans	83
PARTIES IV : ANALYSE ET GESTION DES RISQUES	85
ANNEXES	a

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Niveau de satisfaction des bénéficiaires des services de santé au cours de l'évaluation finale du PNDS 2011-2020.....	10
Tableau II : Évolution des couvertures vaccinales en pourcentage au niveau national de 2011 à 2020.....	15
Tableau III : Évolution des infrastructures sanitaires au niveau national de 2011 à 2020.....	30
Tableau IV : Évolution des prévisions budgétaires de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 en fonction de l'orientation stratégique en millions de FCFA.....	77
Tableau V : Budget estimatif de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 par scénario.....	82
Tableau VI : Cadre de mesure de performance de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025	c
Tableau VII : Matrice des réformes stratégiques et investissements structurants	c
Tableau VIII : Orientations stratégiques, axes d'interventions et actions prioritaires de la phase 2021-2025 du PNDS.....	g

LISTE DES FIGURES ET DES CARTES

Figure 1 : Variation de l'incidence de pauvreté par région et milieu de résidence	5
Figure 2 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso en 2020	8
Figure 3 : Évolution des taux de couverture en CPN4 et des accouchements assistés par du personnel qualifié de 2011 à 2020	13
Figure 4 : Évolution du nombre de contacts/habt/an dans la population générale et chez les moins de 5 ans de 2011 à 2020	14
Figure 5 : Évolution des prévalences de la malnutrition au niveau national de 2011 à 2020	16
Figure 6 : 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)	16
Figure 7 : Évolution de la prévalence du VIH dans la population des 15-49 ans en 2020	19
Figure 8 : Prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans en 2020	19
Figure 9 : Prévalence du VIH dans la population des 15-49 ans en 2020	19
Figure 10 : Évolution des cas et des décès de méningite de 2010 à 2020	20
Figure 11 : Évolution des effectifs de quelques profils de 2011 à 2020 au niveau national	26
Figure 12 : Répartition des effectifs du personnel en fonction du sexe et de la région en 2019	27
Figure 13 : Évolution des dépenses de santé en millions de 2011 à 2020 au niveau national	32
Figure 14 : Évolution des dépenses de santé par tête d'habitant de 2011 à 2020 au niveau national	33
Figure 15 : Taux d'accès à l'eau potable en 2020 en fonction de la région	35
Figure 16 : Taux d'accès à l'assainissement en 2019 et 2020 en fonction de la région	35
Figure 17 : Cycle de planification, d'exécution et de suivi de la stratégie	62
Figure 18 : Proportion par an des prévisions budgétaires de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025	75
Figure 19 : Répartition du budget par orientation stratégique	75
Figure 20 : Répartition du budget du PNDS par programme budgétaire	78
Figure 21 : Répartition du budget de la stratégie par principales actions prioritaires	79
Figure 22 : Budget par niveau de soins	80
Figure 23 : Répartition du budget par catégorie de dépense	80
Figure 24 : Théorie de changement de la SNDS	c

LISTE DES ABRÉVIATIONS

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGSP	: Agence nationale de gestion des soins de santé primaires
ANRP	: Agence nationale de régulation pharmaceutique
ASBC	: Agents de santé à base communautaire
CASEM	: Conseil d'administration du secteur ministériel
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CNAMU	: Caisse nationale d'assurance maladie universelle
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
CSD	: Cadre sectoriel de dialogue santé
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CSS	: Conseil supérieur de la santé
CSU	: Couverture sanitaire universelle
DGESS	: Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DMEG	: Dépôt de médicaments essentiels génériques
DRS	: Direction régionale de la santé
EDS	: Enquête démographique et de santé
EF	: Équipe fonctionnelle
EMC	: Enquête multisectorielle continue
ENDOS	: Entrepôt national des données sanitaires
FS	: Formations sanitaires
GAR	: Gestion axée sur les résultats
GT	: Groupes thématiques
HD	: Hôpital de district
HTA	: Hypertension artérielle
IDE	: Infirmier diplômé d'État
IGR	: Interventions à gain rapide
INSP	: Institut national de santé publique
ISF	: Indice synthétique de fécondité
IST	: Infection sexuellement transmissible
ENSP	: Ecole nationale de santé publique
LMD	: Licence master doctorat
MNT	: Maladie non transmissible
MSHP	: Ministère de la santé et de l'hygiène publique
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

Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

ONG	: Organisation non gouvernementale
OS	: Orientation stratégique
PADS	: Programme d'appui au développement sanitaire
PDI	: Personne déplacée interne
PEC	: Prise en charge
PIB	: Produit intérieur brut
PNDES	: Plan national de développement économique et social
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PSL	: Produits sanguins labiles
PSS	: Politique sectorielle santé
PTF	: Partenaire 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
SNDS	: Stratégie nationale de développement sanitaire
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SRMNEAN-	: Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant,
ECSV	de l'adolescent et nutrition-état civil et statistiques vitales
TIC	: Technologie de l'information et de la communication
VBG	: Violences basées sur le genre
WISN	: Workload indicators of staffing need (Indicateurs de la charge de travail des besoins en personnel)



RESUME

Dans sa quête de contribuer au bien-être des populations, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) 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. La Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 est l'instrument de mise en œuvre de la politique sectorielle santé (PSS) 2028-2027.

La mise en œuvre du PNDS 2011-2020 a permis d'engranger des acquis en termes de construction et d'équipement des 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 qui est passé de 1,4 en 2011 de 2,5 en 2020 pour une cible attendue d'au moins 2 en 2020 et la réduction du rayon moyen d'action qui est passée de 7,34 Km en 2010 à 6,2 Km¹ 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 et de l'hygiène publique avec l'appui des partenaires au développement a entrepris l'élaboration de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025. Cela s'inscrit dans la vision « un plan, un budget, un rapport » initiée par le ministère 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. La stratégie 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 2021-2025.

La Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 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. Elle intègre la réforme du budget programme, la Couverture sanitaire universelle (CSU) et les

¹ Rapport d'évaluation finale du PNDS 2011-2020

Objectifs de développement durable (ODD) dans la perspective de permettre au Burkina Faso de répondre à ses engagements.

Les problèmes prioritaires à résoudre 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 efficace, (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 PSS 2018-2027, l'objectif global de la stratégie est d'améliorer l'état de santé de la population d'ici 2025.

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 sain 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 de la stratégie 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 en charge de la santé dans la conduite de la mise en œuvre de la stratégie autour de laquelle adhère l'ensemble des partenaires ii) renforcer le partenariat et la mobilisation coordonnée des ressources, 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.

Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

Le dispositif institutionnel de mise en œuvre comprend : i) le Cadre sectoriel de dialogue santé, instance nationale de pilotage présidé par le Ministre en charge de la santé, ii) le Comité technique du suivi de la mise en œuvre de la stratégie présidée par le Secrétaire général du Ministère en charge de la santé.

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

Des évaluations de la stratégie seront réalisées.

Le coût global estimatif de mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 s'élève à 4 490 181 933 916 de FCFA soit environ 8 163,967 millions de dollars US.

La gestion des ressources financières respectera les principes de la vision « un plan, un budget, un rapport » : i) l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées, 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 de la stratégie 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) les crises sanitaires, (iv) l'incertitude du financement, (v) l'aggravation de l'insécurité et (vi) les aléas climatiques.

CONTEXE ET JUSTIFICATION

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, social et environnemental), 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 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.

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 étude 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. Le Burkina Faso s'est doté de référentiels stratégiques au niveau du secteur de la santé en vue d'un développement harmonieux et intégré. C'est ainsi qu'en 2011, le MSHP a conduit une étude prospective sectorielle de la santé à l'horizon 2030. Cette étude diagnostique du système de santé s'inscrit dans la réalisation de la prospective sanitaire dans le long terme. En septembre 2017, le secteur de planification « santé » a élaboré une politique sectorielle santé (PSS) 2018-2027. En 2021, le Plan national de développement économique et social (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 ».

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le Burkina Faso s'est engagé dans 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.

Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

Dans le secteur de la santé, l'adoption de cette réforme a abouti à la définition de quatre (4) programmes budgétaires 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 derniers et être en phase par rapport aux dispositions de la loi 034-2018/AN du 27 juillet 2018 portant pilotage et gestion du développement, le processus de formulation de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire a été enclenché.

Partie 01



**ANALYSE DE LA SITUATION
SANITAIRE**

I.1. Contexte politique, socio-économique

I.1.1 Données géo-climatiques

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 mai et une saison pluvieuse de juin à septembre. Les mois d'octobre et de mai sont des mois de transition². 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.

I.1.2 Données démographiques

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. Selon le RGPH 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 soit en termes absolus 4 945 131 femmes en âge de procréer. La population est en majorité rurale et analphabète. En 2019, 73,7% de la population vivaient en milieu rural contre 26,3% en milieu urbain³. 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% respectivement⁴. Ainsi, les femmes sont plus défavorisées que les hommes en matière d'accès à l'éducation. La proportion des femmes sans instruction est 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%).

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 plus⁵. 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

² 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

³ Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso, Résultats préliminaires septembre 2020

⁴ INSD, 2012

⁵ Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso, Résultats préliminaires septembre 2020

fécondité (ISF) a pris une tendance à la baisse depuis lors et est passé à 6,8 en 1996 à 6,2 en 2006 et à 5,4 en 2019. Selon le milieu de résidence, l'ISF est de 4,1 enfants par femme dans l'urbain et de 5,8 enfants par femme dans le rural. L'âge moyen à la procréation est de 30,7 ans au Burkina Faso. Les femmes vivant en milieu rural ont une fécondité légèrement plus précoce et plus élevée que celles du milieu urbain. L'âge moyen à la procréation est de 29,9 ans chez les femmes vivant en milieu rural et de 31,4 ans en milieu urbain

De fortes inégalités sont également observées entre les régions. L'ISF est plus faible dans les régions du Centre (4,5 enfants par femme), des Hauts Bassins (5, enfants par femme), du Centre-Sud (4,6 enfants par femme) et du Centre-Est (5,6 enfants par femme), et plus élevé dans les régions de l'Est (7,2, (enfants par femme) du Sahel (6,6 enfants par femme) du Centre-Nord (6,2 enfants par femme) et du Nord (6,2 enfants par femme).

Le taux de fécondité varie avec l'âge des femmes. Il atteint son niveau le plus élevé entre 25-29 ans, avec une valeur de 241,0‰. Au-delà de ce groupe d'âge, le déclin de la fécondité s'amorce. À la fin de la vie féconde, le taux de 69,2‰ reste encore relativement élevé.

I.1.3 Données socio-économiques

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 2018⁶. En 2020, la croissance est tombée à 1,9% 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 produit intérieur brut (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 36,2% avec un seuil de pauvreté de 164 955 FCFA par personne et par an. La pauvreté est surtout rurale, avec une incidence de 44,6% et de 10,0% en milieu urbain. L'incidence de la pauvreté au sein de la population féminine est passée de 43,4% en 2009 à 37% en 2014⁷. 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 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

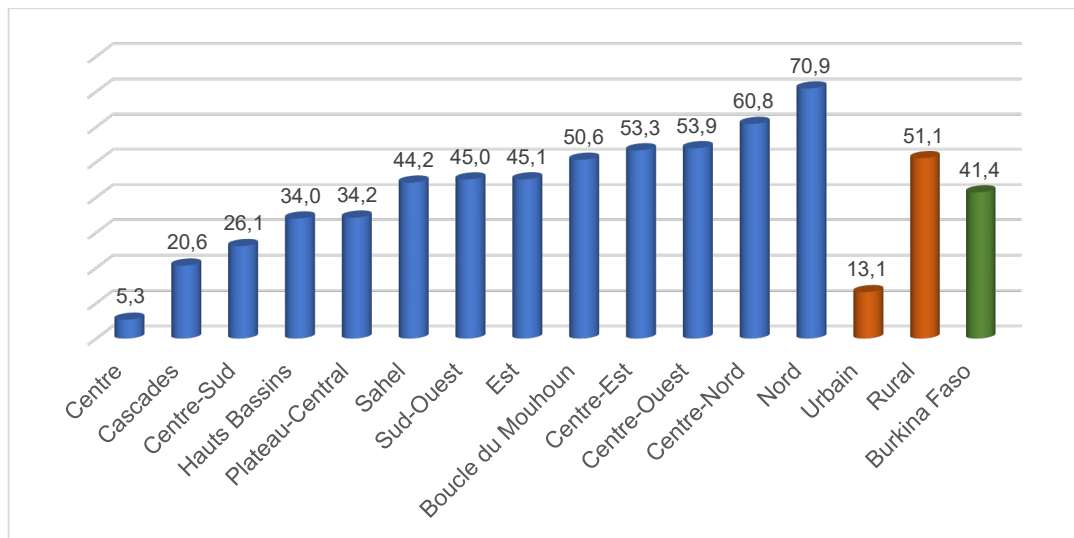
⁶ Baisse de croissance au niveau mondial

⁷ INSD, enquête EBCVM 2003 (nouvelle approche), EICVM 2009 et EMC 2014- 2015

manufacturier. Enfin, le secteur tertiaire (50,6% du PIB) bénéficie en particulier du développement des services financiers et des télécommunications⁸.

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^{ème} rang parmi 189 pays et territoires classés⁹.



Source INSD, 2019

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

I.1.4 Données socio-culturelles

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 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 enfants, des

⁸ IAP 2020

⁹ Rapport sur le Développement humain 2020. PNUD. http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/BFA.pdf

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.

I.1.5 Données socio-politiques

En matière de gouvernance politique, le pays s'est engagé dans une voie démocratique. La constitution prévoit trois pouvoirs : l'exécutif, le législatif et le judiciaire.

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 confronté à des défis tels que le maintien de la stabilité institutionnelle, sa modernisation, l'amélioration de l'offre de ses services et sa dépolitisation.

I.1.6 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. A cela s'ajoute la crise liée aux catastrophes naturelles, à la COVID-19, et aux aléas du changement climatique qui entraîne 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 femmes¹⁰. 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.

I.1.7 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 medicotechniques 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, de même que celle des ressources humaines en maintenance, d'où la nécessité de la mise en place d'une veille technologique.

I.2 Cadre institutionnel, organisationnel et réglementaire

I.2.1 Cadre institutionnel et organisationnel

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.

Au niveau du sous-secteur public, l'infrastructure de santé comprend, selon l'annuaire statistique 2020, 5 Centres hospitaliers universitaires (CHU) au niveau tertiaire, 9 Centres hospitaliers régionaux (CHR) et 1 CHUR au niveau secondaire et 2158 établissements de soins au niveau primaire dont 46 Centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) fonctionnels, 71 Centres médicaux (CM) et 2041 centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Par ailleurs, des centres spécialisés pour la cancérologie, la neurochirurgie, la

¹⁰ Plan de réponse humanitaire 2021. Burkina Faso

médecine physique et de réadaptation, la 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 tels 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/ Hôpitaux de district (HD), 65 CM, 35 cabinets médicaux, 12 cabinets dentaires, 83 CSPS, 593 autres structures de soins, 243 officines et 661 dépôts pharmaceutiques¹¹.

Au Burkina Faso, environ 30 000 tradipraticiens de santé exercent individuellement dans des cabinets de soins et dans des herboristeries¹². 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.

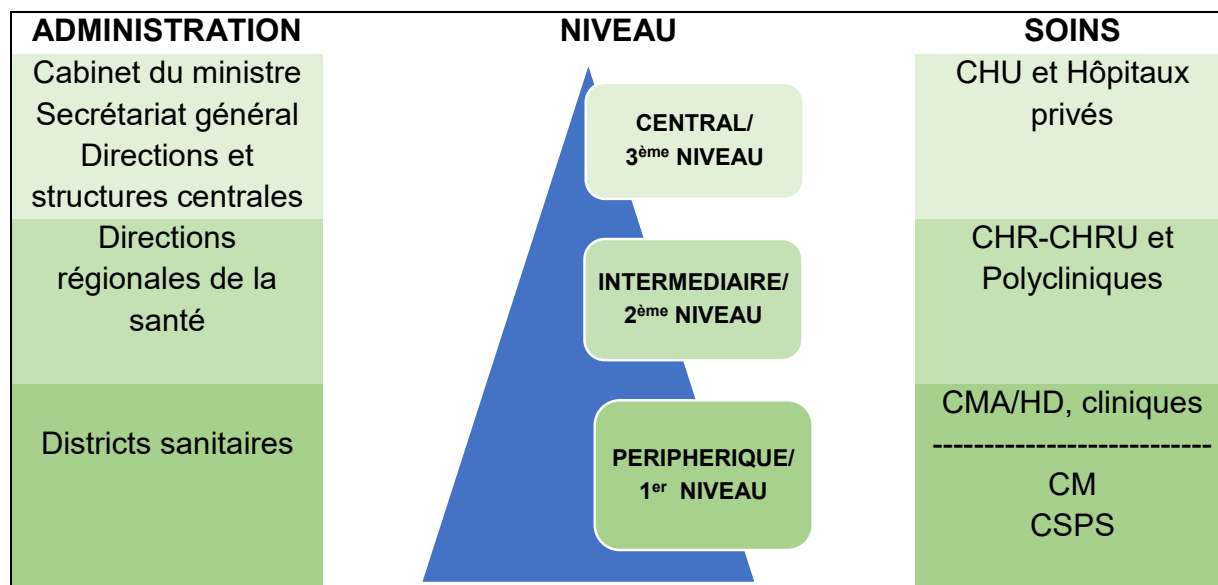


Figure 2 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso en 2020

¹¹ Annuaire statistique du MS 2020

¹² 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.

I.2.2 Cadre juridique

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 du 02 juin 1991 en son article 26 :*

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

c. *La 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.
- Les mesures sanitaires spécifiques¹³ : (i) Protection sanitaire de la famille et de l'enfance (santé maternelle et infantile, planification familiale, avortement et abortifs), 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.

I.3 Bilan des politiques et stratégies antérieures

Le PNDS 2011-2020 a été évalué en décembre 2020. Son cadre de performance comportait 34 indicateurs.

❖ Progression des indicateurs

La plupart des indicateurs affichaient une progression en dents de scie. Parmi les 34 indicateurs, six (6) 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 les autres indicateurs. Parmi les causes de cette insuffisance de performance, il faut citer : (i) le financement insuffisant du PNDS, (ii) l'insuffisance en 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.

¹³ Loi n° 23/94/ADP portant Code de la Santé publique, Titre II : Chapitre I à Chapitre VI

❖ **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 I).

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, et la PCIME.

Tableau I : 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 I 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 des locaux, 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.

I.4 Forces et faiblesses

L'analyse de la situation sanitaire a été faite en fonction des six piliers du système de santé et des déterminants de la santé. Les forces et les faiblesses qui se dégagent ont été retenues sur la base de cette analyse.

❖ *Prestations de services*

Les performances décrites ci-après sont évaluées sur la base de l'évolution des indicateurs du cadre de performance du PNDS 2011-2020.

- **Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de moins de 5 ans**^{14,15,16}.

La mortalité maternelle a connu un recul sensible ces dernières décennies, toutefois son niveau demeure préoccupant. En effet, le ratio de mortalité maternelle (RMM) est passé à 341 en 2010 puis à 330 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Selon le dernier RGPH ce ratio est de 222,9 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2019.

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 a également connu une baisse sur la période de mise en œuvre du PNDS 2011-2020, 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

¹⁴ Enquête de démographie et santé du Burkina Faso. 2010

¹⁵ Enquête multisectorielle continue – Burkina Faso 2015

¹⁶ Trends in maternal mortality 2000-2017. OMS, UNICEF

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% (Performance Monitoring and Accountability 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 précoce¹⁷. 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.

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.

Le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié a évolué en dents 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 3). 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 soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), la gratuité des soins pour les femmes et les 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.

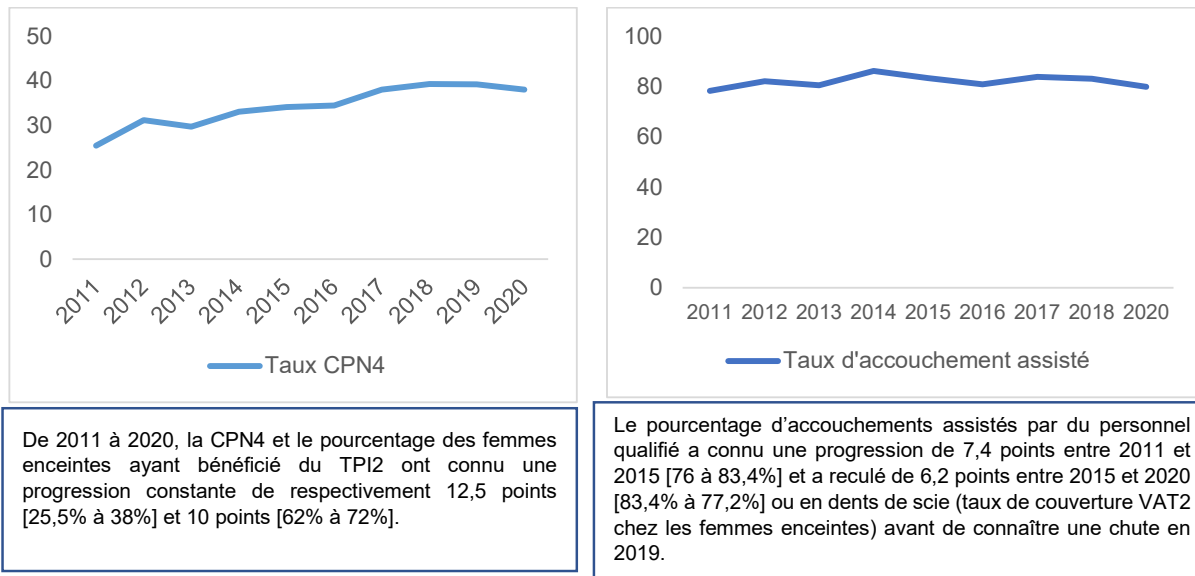


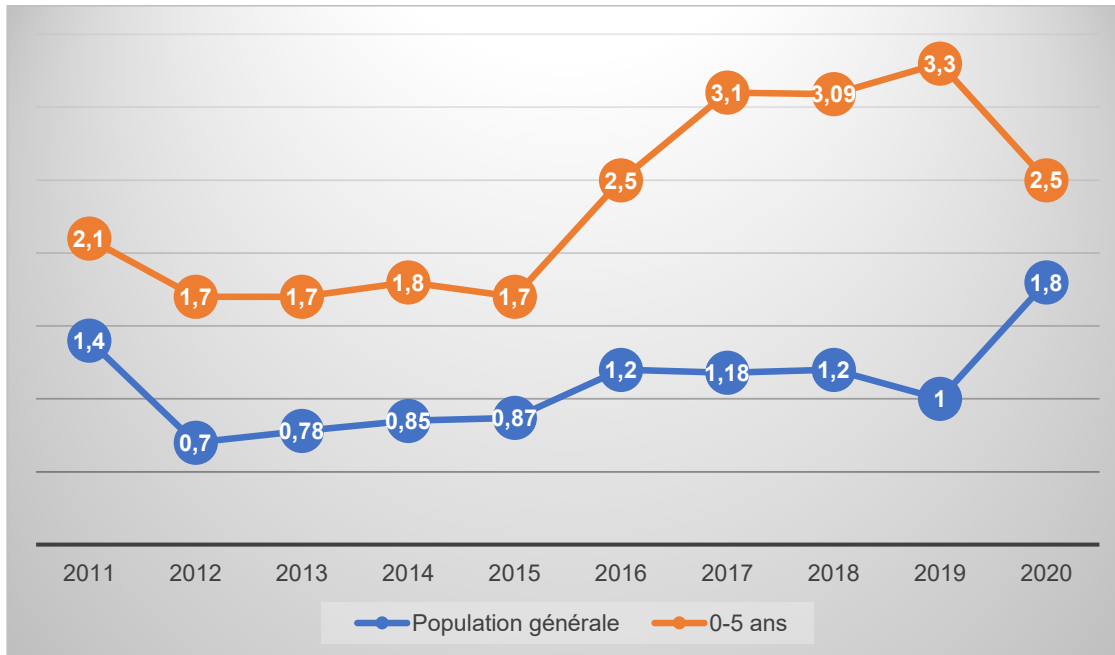
Figure 3 : Évolution des taux de couverture en CPN4 et des accouchements assistés par du personnel qualifié de 2011 à 2020

En ce concerne les fistules obstétricales, en 2020, le nombre de cas notifiés dans les centres de santé était de 746. Parmi celles-ci 353 ont été opérées 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 féminines¹⁸.

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/hab/an) qui a évolué crescendo. En effet le nombre de contacts/hab/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 4).

¹⁸ Annuaire statistique 2018. Ministère de la Femme, de la Solidarité nationale, et de la Famille.



Source : *Annuaire statistiques*

Figure 4 : 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 2020, la proportion d'enfants bénéficiant de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) est passée de 23,6% en 2014 à 68,0% en 2020, soit une progression de 44,4 points.

De 2012 à 2017, les couvertures vaccinales nationales atteignaient ou dépassaient 100% pour tous les antigènes. Entre 2017 et 2020, 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 (recommandations 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, etc.).

Tableau II : 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 population¹⁹. 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, des problèmes de santé mentale, et des 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 jeunes²⁰.

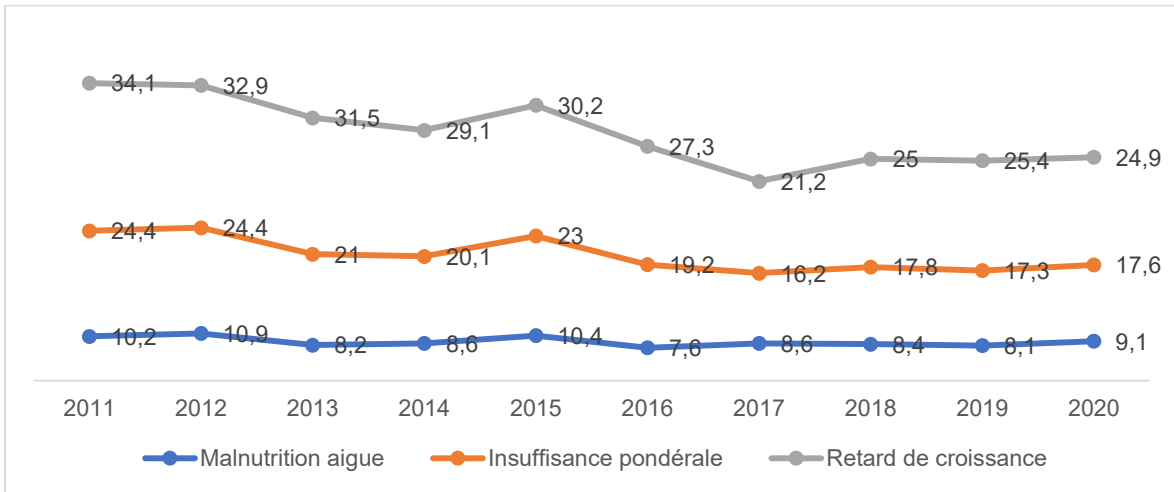
o Nutrition

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 1 et 1,7%. La prévalence de l'insuffisance pondérale chez la même cible était de 17,6%²¹ (figure 5) en 2020.

¹⁹ Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso, Résultats préliminaires septembre 2020

²⁰ 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

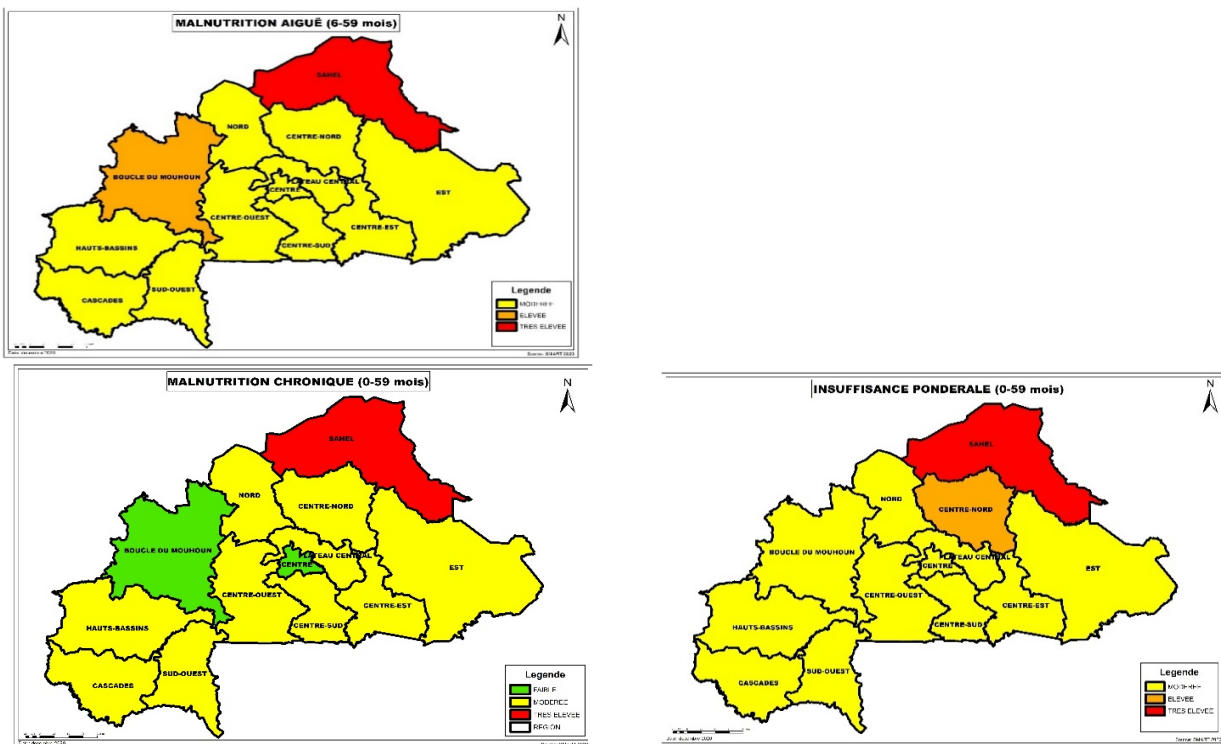
²¹ Annuaire statistique 2020. MS Burkina Faso



Source : Annuaire statistiques

Figure 5 : Évolution des prévalences de la malnutrition au niveau national de 2011 à 2020

En 2020, la région du Sahel se distinguait 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 6).



Source : Direction de la nutrition

Figure 6 : 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)

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 régional²². Elle est principalement due aux mauvaises pratiques alimentaires et aux 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 954315 personnes (5 % de la population) en 2018 à 2 151970 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 (PB 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.

²² Rapport de l'Enquête nationale nutritionnelle 2020 (ENN,2020) par la méthodologie SMART, ministère de la Santé

○ **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 (hypertension artérielle, diabète, etc.).

Au Burkina Faso, les maladies transmissibles étaient la cause de 50% des décès en 2010 et de 70% en 2014²³.

Des progrès ont été réalisés en matière de **lutte contre le Paludisme**²⁴. 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 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%), l'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.

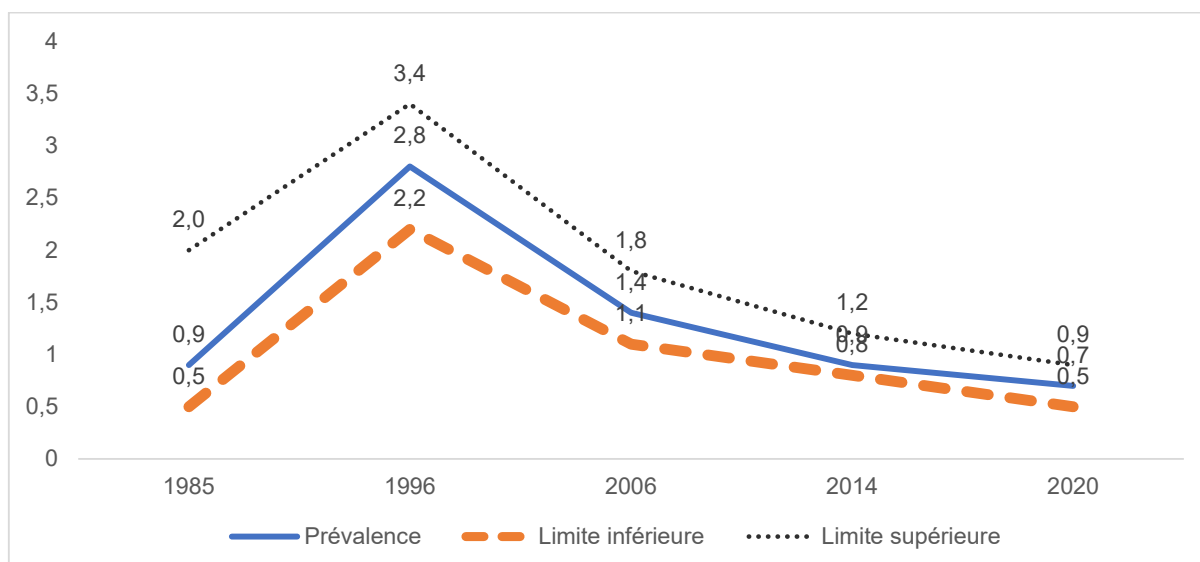
Entre 2010 et 2019, le taux de prévalence nationale du VIH est passé de 1% à 0,7% (figure 7). Ce taux est passé de 1,2% à 1% chez les femmes et de 0,8% à 0,6% chez les hommes^{25 26}.

²³ Rapport sur l'État de la santé de la population du Burkina Faso, 2019. Observatoire national de la santé. Institut National de Santé publique.

²⁴ Annales statistiques 2011 et 2020. MS Burkina Faso.

²⁵ Annuaire statistique 2020. MS Burkina Faso

²⁶ Rapport sur l'État de la santé de la population du Burkina Faso, 2019. Observatoire national de la santé. Institut National de Santé publique.



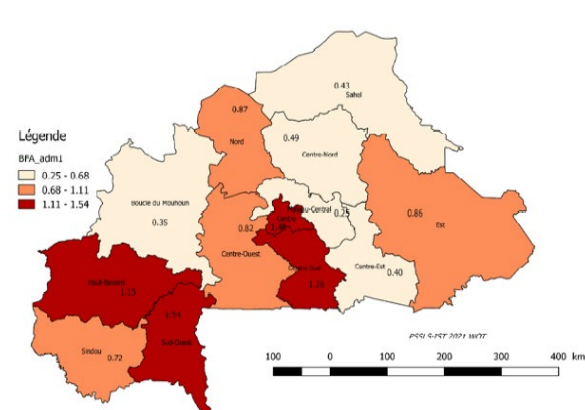
Source: construit à partir des données du SP/CNLS-IST, 2020

Figure 7 : Évolution de la prévalence du VIH dans la population des 15-49 ans en 2020

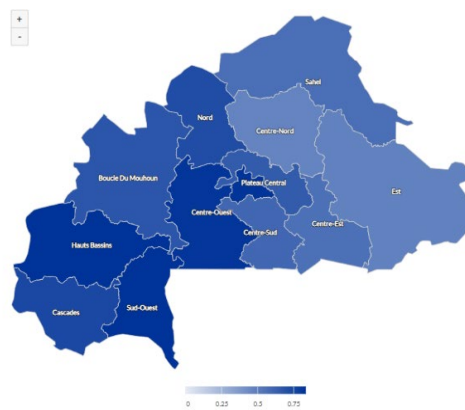
L'analyse de la prévalence du VIH par région montre des disparités. Ainsi, la région du Centre, avec la capitale Ouagadougou, a le taux le plus élevé, probablement dû à la concentration croissante de la population suivie par les régions du Sud-Ouest, des Haut-Bassins, des Cascades et du Centre-Ouest (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 (figure 8).

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

Figure 9 : 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 2020²⁷. 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 de la co-infection 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 Faso²⁸.

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 aiguës²⁹ en 2020.

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 dans la figure 10 ci-dessous.

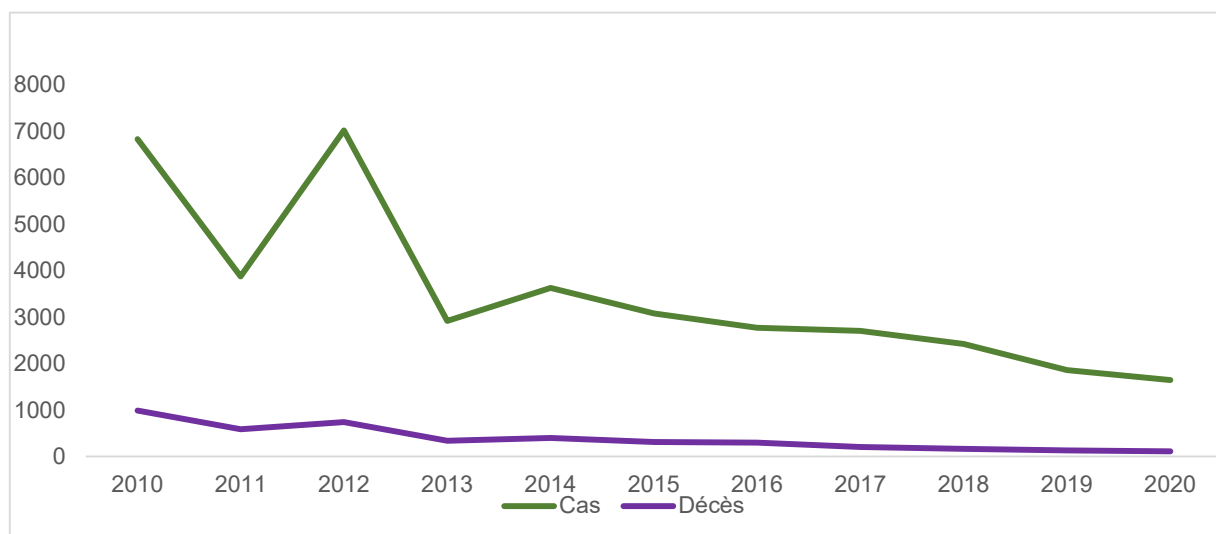


Figure 10 : Évolution des cas et des décès de méningite de 2010 à 2020

²⁷ Annuaire statistique 2020. Ministère de la Santé. Burkina Faso.

²⁸ Hepatitis B and C virus seroprevalence, Burkina Faso : a cross-sectional study Nicolas Meda, Edouard Tuillon, Dramane Kania, Adama Tiendrebeogo, Amandine Pisoni, Sylvie Zida, Karine Bollere, Isate Medah, Didier Laureillard, Jean Pierre Moles, Nicolas Nagot, Koumpingnin Yacouba Nebie, Philippe Van de Perre & Pierre Dujols. 2018.

²⁹ Annuaire statistique 2020. MS Burkina Faso.

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 décès³⁰. 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 COVAX³¹.

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.

○ **Maladies tropicales négligées**³²

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 du 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.

○ **Maladies non transmissibles (MNT)**

Les MNT sont en augmentation qu’il s’agisse des principales MNT (affections cardiovasculaires, diabète, cancers et maladies respiratoires chroniques) ou des autres MNT tels que les maladies mentales, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les

³⁰WHO, 2020, COVID-19 in the WHO African Region, 31 December, Burkina Faso: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard.

³¹. 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.

³² Document Stratégie du Programme 056, Santé publique 2020-2022

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'hypertension artérielle (HTA), de 3,5% pour l'hypercholestérolémie totale ; de 4,9% 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 les 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.

○ **Santé des personnes âgées**

En 2019, les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient 5,04% de la population^{33 34}. 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 prise en charge (PEC), l'insuffisance d'infrastructures et d'équipements adaptés, l'insuffisance du dispositif réglementaire et

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

³⁴ Annuaire statistique du Burkina Faso, 2019. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Déc. 2020.

institutionnel^{35 36}. Toutefois, un centre de gériatrie est en cours de construction dans la ville de Ouagadougou.

- **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, 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.

- **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.

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

³⁶ Plan stratégique de santé des personnes âgées 2016- 2020. Ministère de la Santé. Burkina Faso

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 ainsi 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 des personnels soignants et exerce une pression sur la capacité d'accueil des FS ouvertes³⁷.

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 du pays vis-à-vis du financement extérieur.

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

Dans ce domaine, le leadership du Ministère en charge 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, la sécurité du patient et 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 de la stratégie (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 au niveau national et international et (v) la mobilisation des ressources suffisantes pour opérer les changements nécessaires.

³⁷ Conseil National de Secours d'urgence et de Réhabilitation (CONASUR), Burkina Faso. Rapport N° 08/2020 d'août 2020.

○ **Transformation des CSPS des chefs-lieux de commune 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. Ce qui a amélioré l'accès des populations rurales à un palier plus élevé de soins.

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, ce vide juridique devrait être comblé par la relecture du décret portant transfert des compétences de l'État aux communes et aux régions. 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.

○ **Offre de prestations hautement spécialisées**

La prise en charge de certaines affections (insuffisances cardiaques, 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 et 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.

○ **Réponse communautaire**

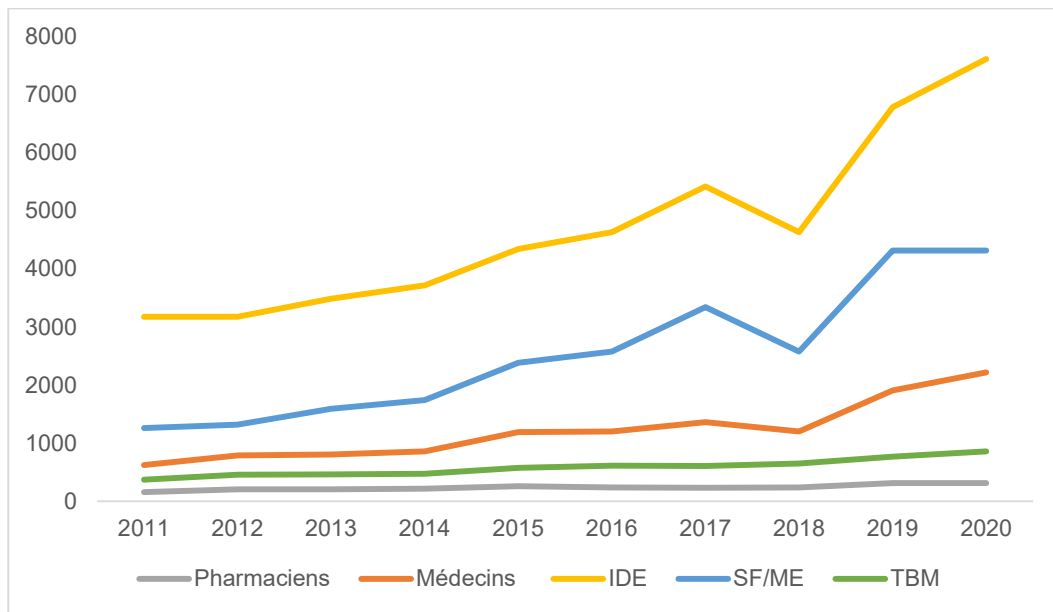
Les options conceptuelles et stratégiques en matière de santé communautaire ont été précisées. Une stratégie de santé communautaire a été élaborée et mise en œuvre. Aussi, le recrutement de 17 648 ASBC a renforcé considérablement la première ligne de prestations de soins et de services au sein des communautés. 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 2020, les effectifs totaux des ressources humaines en santé sont passés de 19 000 à 32 141 agents tout emploi confondu, soit un accroissement de 58,2%³⁸ (figure 11)



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

Figure 11 : 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 Infirmiers diplômés d’État (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 WISN³⁹ minimaux est passée de 21,4% en 2017 à 26,94% en 2020 pour une cible de 35% en 2022⁴⁰. Le pourcentage de CSPS répondant aux normes en personnel

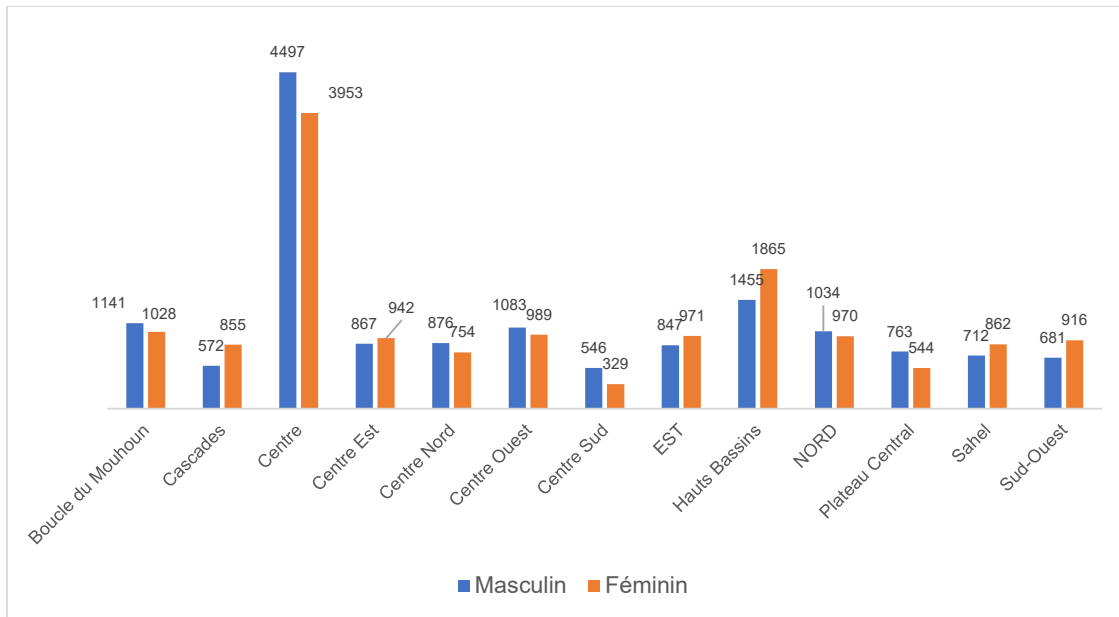
³⁸ Annuaire statistique des ressources humaines du Ministère de la Santé, DRH Septembre 2020

³⁹ Normes en ressources humaines en santé du premier niveau de soins. Ministère de la Santé (2019)

⁴⁰ Plateforme e-gratuitédessoins2020.

Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

était passé de 83,1 % en 2011 à 94,3% en 2015 puis à 85,4% en 2020⁴¹. La cible de 100% n'a pas été atteinte. L'iniquité dans la répartition des ressources humaines pour la santé (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 12 : 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 s'est améliorée 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 de l'école nationale de santé publique (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, etc.) 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 licence master doctorat (LMD) et le processus

⁴¹ Annuaire statistique 2020. MS Burkina Faso

d'accréditation des institutions de formation publiques et privées.

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

Le système national d'information sanitaire (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 l'entrepôt national des données sanitaires (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 en charge de la santé et d'alimenter la plateforme de redevabilité afin de 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 des 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 et du dossier patient, 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 des données de la surveillance épidémiologique fait ressortir des acquis notamment la création du CORUS, la mise en place de la Plateforme de surveillance one Health, 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, etc.). Les faiblesses sont la faible fonctionnalité des comités des gestions des épidémies, avec l'absence de cadre de concertation formel 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 ayant une convention avec le MS ont accès à Endos-BF par des comptes d'accès qui leur 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 en charge 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 MSHP 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 de recueil d'information sur l'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'informations 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 MSHP 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 santé**⁴²

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. Prenant en compte le secteur privé, ce rayon moyen d'action est de 5,6 km 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 médicale (scanner, IRM,

⁴² Annuaire statistique 2020. MS Burkina Faso

scintigraphie, etc.), 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 vivant encore à plus 10 km d'une formation sanitaire (20,5% à un faible accès), (ii) l'insuffisance et l'hétérogénéité des infrastructures, équipements et matériels (iii) la maintenance défectueuse.

Tableau III : 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 dépôt de médicaments essentiels génériques (DMEG) n'ayant pas connu de rupture de médicaments traceurs est de 14,5%. Au-delà des ruptures récurrentes en médicaments, il ressort aussi 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.

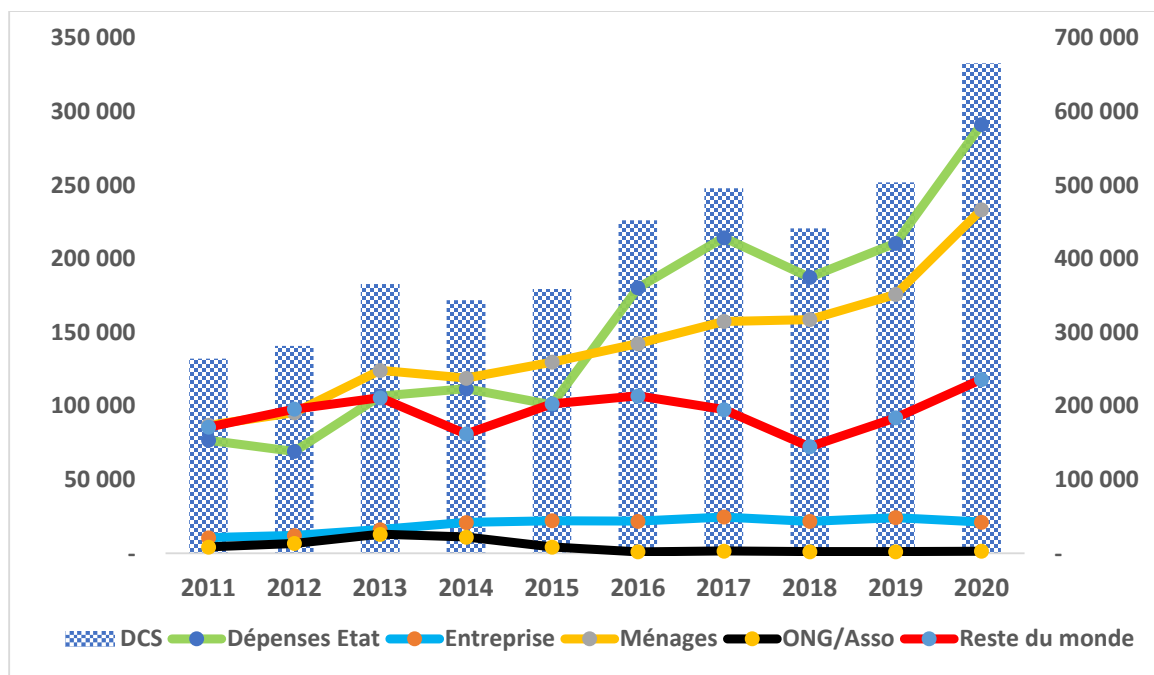
❖ **Financement de la santé**

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 MSHP 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 les investissements dans les CSPS placés désormais sous leur responsabilité dans le cadre du transfert des ressources et des compétences aux collectivités territoriales.

Selon les comptes de la santé, les dépenses courantes de santé sont passées de 264 milliards en 2011 à 504 milliards en 2019 (figure 13).



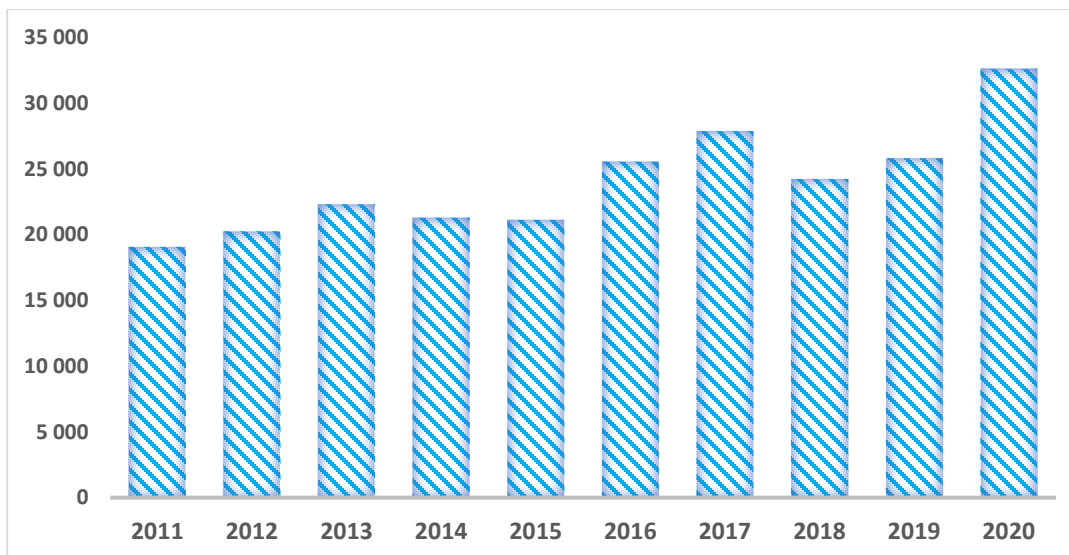
Source: Comptes nationaux de santé 2011 à 2020

Figure 13 : Évolution des dépenses de santé en millions de 2011 à 2020 au niveau national

La contribution des ménages est estimée en moyenne à 34% dans le financement de la santé entre 2011 et 2019⁴³. 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, 8,1% en 2017 à 8,0% en 2020 (figure 14).

⁴³ Comptes nationaux de santé 2011 à 2019



Source: Comptes nationaux de santé 2011 à 2020

Figure 14 : Évolution des dépenses de santé par tête d'habitant de 2011 à 2020 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 santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et nutrition-état civil et statistiques vitales (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 Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) a été créé en 2001. Cependant son fonctionnement connaît des difficultés liées au volume de plus en plus croissant des fonds ciblés au détriment du panier commun, 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, a prévu une proportion de 13,5% du budget de l'état au MSHP

❖ **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, et 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 aussi essayé de faire de cette matrice un outil de suivi du PNDS. Une plus grande harmonisation entre les indicateurs de la matrice sectorielle et ceux de la SNDS 2021-2025 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. 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 de la 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'AGSP ajoute une autre problématique dans la collaboration avec les collectivités locales alors que celles-ci avaient pris, avec plus ou moins de succès, la responsabilité de l'approvisionnement en certains consommables et sur le recrutement du personnel d'appui des formations sanitaires transférées.

Malgré ces avancées, il subsiste encore des défis sur le partenariat entre les élus locaux et les acteurs du secteur de la santé. Il existe aussi des difficultés d'exécution et de suivi des crédits délégués par les collectivités locales, 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 locales de développement.

Enfin, en ce 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.

❖ **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 le 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 15 et 16 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 sanitaires⁴⁴.

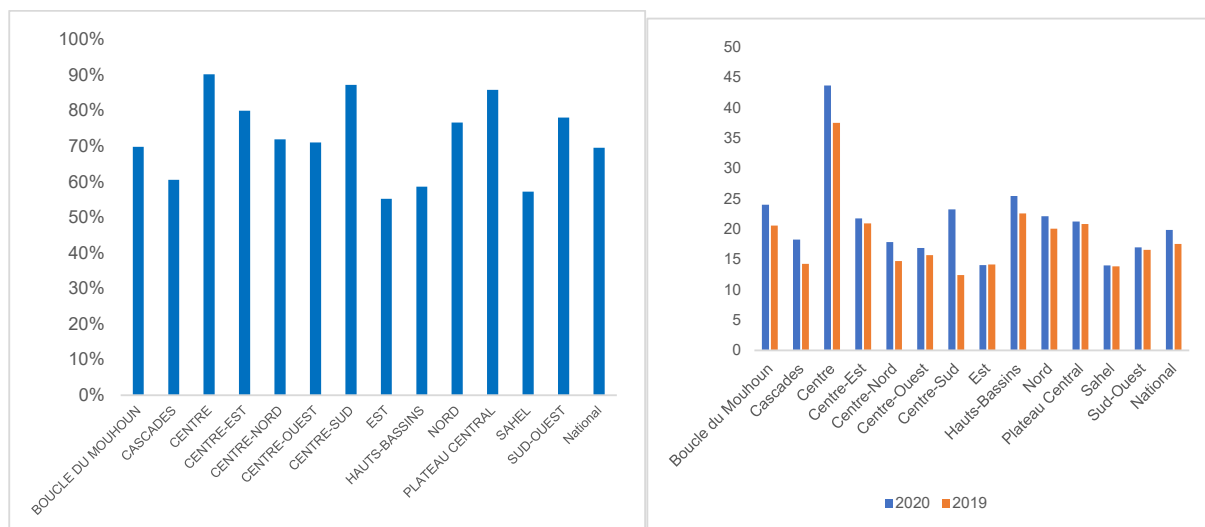
Pour ce qui est de la gestion des déchets solides, la proportion des communes disposant d'un schéma fonctionnel de gestion des déchets solides est passée de 13% en 2015 à 28,13% en 2020.

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.

⁴⁴ Rapport Herams (Health resources and services availability monitoring system) Burkina Faso, Mai 2020.



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

Figure 15 : Taux d'accès à l'eau potable en 2020 en fonction de la région

Figure 16 : 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'énergie⁴⁵. En 2016, la proportion de villages et quartiers certifiés « Fins de défécation à l'air libre (FDAL) » était de 1,9%⁴⁶.

Traumatismes, violences et maltraitance des enfants⁴⁷

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.

⁴⁵ Rapport de l'enquête multisectorielle continue de 2014. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Burkina Faso.

⁴⁶ Rapport du Programme national d'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement. Rapport 2016. Ministère de l'eau. Burkina Faso.

⁴⁷ Inspire 2017, sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants. OMS 2017

❖ *Déterminants individuels biologiques*

○ *Âge*

La mortalité en bas âge 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 développement⁴⁸. 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 développement⁴⁹.

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.

L'augmentation progressive de la longévité et la baisse de la fécondité engendrent également une croissance rapide de l'effectif des personnes âgées et de leurs besoins, notamment sanitaire (prévention et traitement des maladies chroniques, accès aux soins)⁵⁰. 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 âgées⁵¹.

○ *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 222,9 pour 100.000 naissances vivantes, les décès maternels demeurent fréquents et sont causés principalement par des causes évitables. En effet, selon l'annuaire statistique de l'année 2020 du ministère en charge de la santé, les cinq principales causes de décès maternels intra hospitaliers sont les hémorragies (23,4%), les éclampsies (14,22%), les infections (10%), les ruptures utérines (3,9%) et les avortements (3,3%). 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 2013⁵².

⁴⁸ Cintract, 2013

⁴⁹ Mboko Ibara, 2010 ; Vimard et Cherkaoui, 2010

⁵⁰ Antoine, 2009

⁵¹ Roth, 2010

⁵² Recensement général des enfants handicapés au Burkina Faso, 2013

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**

- *Non-respect des consignes de sécurité routière*

Selon l'Office national de la sécurité routière (ONASER), entre 2011 et 2019, on a enregistré 177 176 cas d'accidents dont 68,8% 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 4,61 et 6,8 de décès pour 100 000 habitants⁵³.

- *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 substances⁵⁴. 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, etc⁵⁵.

- *Sexualité à risque*

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 partenaire. Selon l'EMC-MDS, une très faible proportion (1%) de jeunes filles âgées de 15-19 ans ont déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

Selon le rapport de l'étude de profil des adolescents et facteurs de leur entrée en vie féconde au Burkina Faso, 7% des filles de 15 à 19 ans ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans exacts contre 3% chez les garçons du même groupe d'âge⁵⁶.

Selon les résultats d'une étude réalisée en 2016, on a dénombré en moyenne 1 300 cas de grossesses par année scolaire⁵⁷ avec de fortes disparités régionales.

⁵³ Annuaire statistique 2019 du secteur des transports

⁵⁴ 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

⁵⁵ État de santé de la population du Burkina Faso 2019, INSP : <http://onsp-sante.bf/publication/290/état-de-santé-de-la-population-du-burkina-faso>

⁵⁶ Profil des adolescents et facteurs de leur entrée en vie féconde au Burkina Faso, Banza BAYA, Aïssata SANE/CONGO, Bernard BERE, INSD 2017

⁵⁷ 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.

- 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 ans.⁵⁸

- Habitudes alimentaires non adéquates

Cinquante-six pour cent (56%) de la population ne consomment ni de fruits ni de légumes⁵⁹. 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%)⁶⁰.

- Automédication

La pauvreté, l'analphabétisme, le manque d'accessibilité aux soins de santé, certaines 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 volet⁶¹.

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

❖ **Conditions de vie et de travail**

- 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 leurs langues nationales⁶².

⁵⁸ 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.

⁵⁹ Rapport de l'Enquête nutritionnelle nationale 2018. Ministère de la Santé du Burkina Faso

⁶⁰ 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.

⁶¹ Rapport sur l'État de la santé de la population du Burkina Faso, 2019. Observatoire national de la santé. Institut National de Santé publique.

⁶² Annuaire statistique 2017. Ministère de l'Éducation nationale, de l'alphabétisation et de la promotion des langues nationales. Burkina Faso.

- Disponibilité et accessibilité aux ressources alimentaires

Selon les données de l'enquête permanente agricole, 42,5% des ménages agricoles n'étaient pas à mesure de couvrir leurs besoins céréaliers avec leur seule production de la campagne 2018-2019⁶³. 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 limite⁶⁴.

❖ Les déterminants culturels et environnementaux

- *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 précoce⁶⁵. Par ailleurs, certaines pratiques culturelles retardent le début des consultations prénatales, favorisent la malnutrition et limitent l'utilisation des méthodes contraceptives.

- *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 7 mai 2001 portant fixation des normes de rejets de polluants dans l'air, l'eau et le sol. Les poussières émises restent la

d 176 3
d 600 3
d 70 3.
pollution est responsable d'environ 15% d'augmentation des maladies respiratoires⁶⁶.

Gestion des déchets - Les insuffisances dans la gestion des déchets de façon générale et plus spécifiquement 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 libre⁶⁷. 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%⁶⁸. En 2019, elle est de 6,2 millions soit une proportion de 30,9%⁶⁹.

⁶³ Rapport de l'Enquête permanente agricole. Rapport 2019. Ministère de l'Agriculture.

⁶⁴ Rapport de l'Analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Rapport 2014. Programme alimentaire mondial.

⁶⁵ Enquête de démographie et de santé de 2010. Institut national de la statistique et de la démographie. Burkina Faso

⁶⁶ Rapport sur l'état de la qualité de l'environnement de 2019. Ministère de l'Environnement, de l'Économie verte et du changement climatique.

⁶⁷ 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.

⁶⁸ Rapport de synthèse des rapports d'analyse du RGPH 2006, INSD 2009

⁶⁹ Rapport sur l'État de la santé de la population du Burkina Faso, 2019. Observatoire national de la santé. Institut National de Santé publique.

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'étranger⁷⁰.

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 végétal⁷¹.

Forces, faiblesses

L'analyse des forces et faiblesses est structurée autour des six piliers de l'OMS.

❖ Leadership Gouvernance

Forces

- le MSHP est bien structuré et les rôles bien définis ;
- le Budget-programme est implémenté depuis 2017 ;
- les organes de pilotage au niveau central (CSD et Conseil d'administration du secteur ministériel (CASEM)) ont bien fonctionné ;
- le dispositif de réponse aux situations d'urgences consécutives aux catastrophes naturelles, épidémies et à l'insécurité est mis en place ;
- les 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.

Faiblesses

- les changements fréquents et rapides du cadre stratégique et technique au sommet de la pyramide ont perturbé le pilotage du PNDS 2011-2020 ;
- le basculement vers le Budget-Programme n'est pas totalement effectif ;

⁷⁰ <https://migration.iom.int/reports/burkina-faso-%E2%80%94-rapport-sur-le-suivi-des-flux-de-populations-36-mars-2020>

⁷¹ 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 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 (CSS) ;
- 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 le suivi de la mise en œuvre des avis et engagements pris envers les ordres professionnels, les syndicats et les sociétés savantes ;
- l'insuffisance dans la prise en compte du genre.

❖ Prestations de services

Forces

- 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;
- l'élargissement de la gamme des prestations notamment spécialisées y compris la médecine traditionnelle et alternative ;

Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

- 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 de Ouahigouya en CHUR avec l'ambition de le faire pour l'ensemble des CHR pour une meilleure gestion de l'espace sanitaire régional.

Faiblesses

- le système classique de référence et de 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'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.

❖ Ressources humaines

Forces

- 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 médecins spécialistes (PROFOS) ;
- la mise en œuvre de la fonction publique hospitalière est un élément important de motivation du personnel à rester dans les postes en zones difficiles;
- l'amélioration significative des ressources humaines aussi bien quantitativement que qualitativement ;
- la production des personnels de santé s'est améliorée grâce à la création de plusieurs institutions de formation ;

Faiblesses

- 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 l'Etat (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 l'application des textes complémentaires de mise en œuvre de la Fonction publique hospitalière.
- ❖ **Infrastructures, équipements, matériels, maintenance**

Forces

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

Faiblesses

- 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 ;
 - l'inexistence d'une école de formation des techniciens en maintenance biomédicale dans le secteur public ;
 - les infrastructures sanitaires au niveau de certaines formations sanitaires sont vétustes particulièrement au niveau des hôpitaux de district, des CHR et des CHU.
- ❖ **Approvisionnements en médicaments, technologies et produits de santé**

Forces

- le cadre stratégique et réglementaire a été renforcé ;
- deux entités séparées (ANRP et DGAP) ont été créées pour coordonner les actions du secteur pharmaceutique ;

Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

- le statut de la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux a été relu pour améliorer la disponibilité du médicament;
- la gestion du médicament a été informatisée dans les 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 dans 9 régions.

Faiblesses

- le système d'approvisionnement en produits de santé n'est pas performant;
- les ruptures de stocks 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.

❖ Information sanitaire et recherche

Forces

- la mise en place du DHIS2 et la création de ENDOS-BF a permis de faciliter la gestion du SNIS ;
- la production chaque année de l'annuaire statistique du MSHP facilite l'utilisation des données sanitaires ;
- la mise en place d'une Unité de gestion et de transfert des connaissances (UGTC) et la création de l'Institut national de santé publique (INSP) sont deux éléments prometteurs.

Faiblesses

- la complétude et la promptitude des données produites 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

Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

- 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 partagées avec les parties prenantes particulièrement avec les ordres professionnels et les sociétés savantes ;
- la faible dissémination et l'utilisation des résultats de recherche au niveau national;
- l'insuffisance de l'organisation de la recherche dans les formations sanitaires.

❖ **Financement**

Forces

- les initiatives de mobilisation de ressources soutenues par le gouvernement (table ronde, signature du compact et plaidoyer pour le Dossier d'investissement-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 ;

Faiblesses

- il n'existait pas un plan de mobilisation des ressources échelonné sur les dix ans de mise en œuvre du PNDS 2011-2020 ;
- 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 et de l'hygiène publique reste inférieur au seuil de 15% du budget de l'État ;
- la lenteur dans l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle ;
- l'inexistence d'une nomenclature générale des actes des professionnels de santé (NGAPS).

I.5. Les opportunités et les menaces

❖ Les Opportunités

- la révolution numérique et le développement rapide des applications des technologies à la médecine offrent des facilités de diagnostic affiné et de prise en charge efficace ;
- la mobilisation pour l'agenda santé mondiale, des PTF traditionnels et des fondations financées par les philanthropes ;
- la volonté affichée du MSHP à promouvoir la médecine traditionnelle et alternative ;
- l'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 social ;
- 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 interne de l'assurance maladie universelle.

❖ Les menaces

- la dégradation de la situation sécuritaire;
- l'abandon par les PTF du panier commun au profit des fonds ciblés
- la perte de la continuité administrative liée à 4 changements d'organigramme en 10 ans ;
- le déplacement rapide des maladies émergentes d'un point du globe à l'autre due à la mobilité accrue des personnes ;
- le ralentissement de l'économie mondiale 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 déclasserment ;
- le manque de stabilité du climat social.

I.6 Les grands défis à relever

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

- 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 ;
- 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 prise en compte du Genre au Ministère en charge de la santé;
- réguler et normaliser le secteur de la santé, 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 ;
- protéger la population contre le risque financier lors de l'utilisation des services de santé ;
- améliorer l'état nutritionnel de la population ;

Partie II



II.1 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, la politique sectorielle santé 2018-2027, la politique nationale de développement (PND) qu'est le PNDES II et le plan d'action de la transition (PAT) 2022-2025.

II.2 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 II à l'horizon 2025, se formule comme suit : « le Burkina Faso, une nation, solidaire, démocratique, résiliente et de paix, transformant la structure de son économie pour réaliser une croissance forte, inclusive et durable ». 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.

III.3 Principes directeurs

Les principes qui sous-tendent la mise en œuvre et le suivi évaluation de la présente stratégie sont : la participation, la primauté de la loi, la gestion axée sur les résultats, la réactivité, l'intégration, l'équité et le genre, et la redevabilité.

- **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.

Une bonne mise en œuvre et un suivi évaluation de la SNDS 2021-2025 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 résultats préalablement définis.

- **Équité et genre**

La prise en compte du genre vise à réduire en matière de pilotage et soutien des services du MSHP 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.

- **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 connexes.

- **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 santé⁷².

- **Redevabilité**

Les décideurs des secteurs publics et privés, et des organisations de la société civile impliqués dans le domaine de la santé doivent rendre des comptes au public ainsi qu'aux

⁷² Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. A/69/39, Assemblée mondiale de la santé. 15 Avril 2016

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.

II.4 Orientations stratégiques

II.4.1 Objectif global et impacts attendus

II.4.1.1 Objectif global

La Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 se fixe comme objectif global **d'améliorer l'état de santé de la population.**

II.4.1.2 Impacts attendus

Le changement ultime souhaité à l'issue de la mise en œuvre de la stratégie est : « *l'état de santé de la population est amélioré* ».

Il s'agira de faire passer de 2019 à 2025 : i) l'espérance de vie à la naissance de 61,5 ans (60,6 ans chez les hommes et 62,4 chez les femmes) à 65,1 ans (64,2 chez les hommes et 65,9 chez les femmes) ; ii) le ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) de 222,9 à 121 ; iii) le taux de mortalité infanto-juvénile de 87,3‰ à 38,8‰ ; iv) le taux de mortalité néonatale de 23,21‰ en 2015 à 15,8‰ en 2025 ; v) le taux de mortalité générale de 9‰ à 7,8‰ et vi) l'indice synthétique de fécondité de 5,40 à 3,8.

II.4.2 Axes stratégiques, objectifs stratégiques et effets attendus

Pour relever les défis découlant de l'analyse diagnostique de la situation sanitaire du Burkina Faso, des orientations stratégiques et des effets attendus ont été définis.

Conformément aux défis identifiés, cinq (05) orientations stratégiques ont été définis : (i) 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, (ii) Développement des ressources humaines pour la santé, (iii) 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) Adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique, et (v) Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires.

❖ **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**

Pour cette orientation stratégique, **l'effet attendu est que : le secteur de la santé soit piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité.** La proportion de structures ayant une performance globale satisfaisante et la performance globale du MSHP sont les principaux indicateurs retenus pour mesurer l'effet. Afin d'atteindre cet

effet, cinq produits sont définis à savoir : i) Le dispositif institutionnel et le management des structures sont cohérents, stables et fonctionnels ; ii) Les mécanismes pour rendre effective la redevabilité sont renforcés à tous les niveaux ; iii) Une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la prise de décisions basée sur les évidences ; iv) Les résultats de la recherche fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique orientent la prise de décision et (v) Les ressources financières prévisibles et suffisantes sont disponibles et gérées avec efficacité pour atteindre la CSU.

Les principales actions qui concourent à l'effet sont : i) le renforcement du leadership et de la gouvernance; ii) le renforcement de la planification, du suivi et de l'évaluation ; iii) la promotion de l'équité et de la prise en compte du Genre dans le secteur de la santé ; iv) le renforcement de la redevabilité ; v) la promotion du secteur privé de santé; vi) l'amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire de qualité ; vii) le développement de la recherche, fondamentale, opérationnelle et pharmaceutique et (viii) amélioration de la mobilisation et de la gestion des ressources financières.

Les indicateurs permettant de vérifier l'atteinte de ces produits sont contenus dans le tableau VI.

❖ **Orientation stratégique 2 (OS 2) : Développement des ressources humaines pour la santé**

Pour cette orientation stratégique, **l'effet attendu est que : les populations ont un accès équitable à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé.** La densité des professionnels de la santé pour 1 000 habitants est l'indicateur principal pour mesurer les résultats de cet effet.

L'atteinte de cet effet se fera à travers deux produits : i) des ressources humaines nationales compétentes, motivées et productives y compris la diaspora sont disponibles selon les normes à tous les niveaux et ii) la gestion des ressources humaines en santé est efficace et efficiente.

Les actions majeures à mettre en œuvre sont : i) le renforcement de la production des ressources humaines de qualité et ii) le renforcement de la disponibilité et de la qualité de la gestion des ressources humaines.

Les indicateurs permettant de vérifier l'atteinte de ces résultats sont contenus dans le tableau VI.

❖ **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)**

Pour cette orientation stratégique, **l'effet attendu est que : l'utilisation des services de santé de qualité augmente pour toute la population sans risque financier.** Les

indicateurs permettant de mesurer cet effet sont entre autres : i) le nombre de contacts par habitant et par an pour la population générale ; ii) le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an pour les enfants de moins de 5 ans ; iii) la létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (%) ; iv) le taux de prévalence contraceptive (%) ; v) le taux de létalité du paludisme chez les femmes enceintes (%) ; vi) le taux de mortalité intra-hospitalière (Pour 1000) ;vii) le taux d'occupation des lits (CHU/CHR, HD) (%) ; viii) la séroprévalence de l'infection à VIH (%) ; ix) le taux de transmission mère enfant du VIH (%) ; x) la prévalence de l'insuffisance pondérale chez l'enfant de moins de 5 ans ; xi) l'Index CSU ; xii) le taux de mortalité maternelle intra-hospitalière (Pour 100 000 parturientes) et xiii) le taux de mortalité néonatale intra-hospitalière (Pour 1000).

Pour atteindre cet effet, neuf produits ont été identifiés : i) les mécanismes de protection contre le risque financier lors de l'utilisation des services de santé sont fonctionnels ; ii) les infrastructures, les équipements et le matériel standardisés et harmonisés sont disponibles selon les normes, utilisés rationnellement et bien entretenus ; iii) 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 ; iv) 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 ; v) 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 ; vi) 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 ; vii) 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 ; viii) 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 et ix) 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.

Les principales actions à mettre en œuvre sont : i) accroissement de la protection des populations contre le risque financier ; ii) renforcement des infrastructures standardisées et harmonisées ; iii) renforcement des équipements, du matériel standardisés et harmonisés et de la logistique ; v) renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité en produits de santé de qualité y compris les produits issus de la pharmacopée traditionnelle ; vi) renforcement de la régulation des produits de santé ; vii) développement de la pharmacie hospitalière ; viii) renforcement de l'assurance qualité des produits de santé ; ix) amélioration de la qualité des analyses de biologie médicale ; x) promotion de la médecine traditionnelle et alternative ; xi) renforcement de l'assurance qualité ; xii) 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 ; xiii) 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 ; xiv) 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 ; xv) amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés et de qualité pour l'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant et xvi) le développement de la santé communautaire.

Les indicateurs objectivement vérifiables des produits sont contenus dans le tableau VI.

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

La population adopte un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé est l'effet attendu de cette orientation stratégique. La mesure de cet effet se fera à travers les indicateurs suivants : i) la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles ; ii) la proportion d'enfants de 6-23 mois ayant une alimentation minimum acceptable (%) ; iii) la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans (%) ; iv) la prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans ; v) la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes ; vi) le taux de prévalence contraceptive des femmes en union (%) ; vii) le couple année-protection (%) ; viii) le taux de prévalence de consommation du Tabac et autres substances addictives et ix) la prévalence de l'obésité chez les adultes.

Les produits suivants concourent à l'atteinte de cet effet : i) les services de prévention, d'éducation et de promotion de la santé sont utilisés par la population ; ii) 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 ; iii) les services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant sont utilisés et iv) les approches de santé développées dans le cadre des « communes modèles » sont mises en œuvre à l'échelle nationale.

Les actions permettant la réalisation de cet effet sont : i) l'accroissement de l'utilisation des services préventifs et promotionnels ; ii) le renforcement de la disponibilité des services de promotion de la santé sexuelle et reproductive ; iii) le renforcement de la disponibilité des services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant et iv) les approches de santé dans le cadre des « communes modèles » sont développées.

Les indicateurs permettant de vérifier la réalisation des produits sont contenus dans le tableau IX.

❖ **Orientation stratégique 5 (OS 5) : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires**

Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficacité et résilience est l'effet retenu en matière d'amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires. Pour mesurer l'atteinte de cet effet, les indicateurs suivants ont été définis : i) la létalité de la méningite ; ii) la létalité des cas de rougeole ; iii) la létalité de la COVID-19 ; iv) la létalité des cas de choléra ; v) la létalité des cas d'Ebola.

Pour l'atteinte de cet effet, trois produits ont été identifiés. Il s'agit de(s) : i) 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 ; ii) capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux sont remises à niveau pour répondre aux situations d'urgences sanitaires et iii) la réponse aux maladies émergentes est renforcée dans le cadre de l'approche « One Health ».

Trois actions majeures permettent d'atteindre cet effet et les produits correspondants. Ce sont : i) le 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 ; ii) le renforcement des capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux face aux situations d'urgences sanitaires et iii) le renforcement de la réponse aux maladies émergentes dans le cadre de l'approche « One Health »

Plusieurs indicateurs ont été retenus dans le tableau VI permettant de mesurer l'atteinte des produits y afférents.

Partie III



DISPOSITION DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVIE EVALUATION

III.1 Dispositions de mise en œuvre

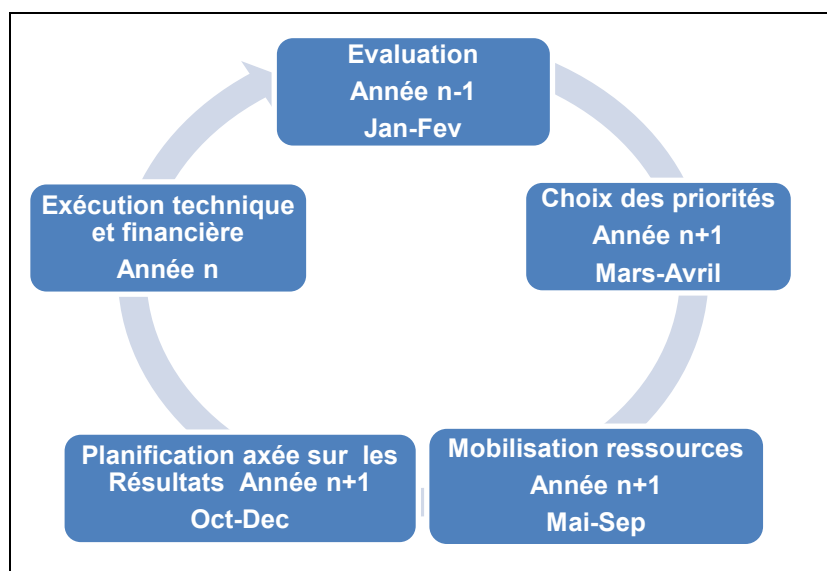
Les dispositions de mise en œuvre comprennent les instruments de mise en œuvre, les acteurs et le cadre organisationnel.

III.1.1 Instruments de mise en œuvre

III.1.1.1 Un plan

La Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 a été élaborée selon une approche participative. Elle est alignée sur les référentiels mondiaux, régionaux et nationaux et ses orientations stratégiques sont en cohérence avec celles de la PSS et du PNDES II. Dans l'esprit de la Déclaration de Paris (2005) sur l'efficacité de l'aide, elle est l'unique document de planification sur lequel toutes les parties prenantes doivent aligner leurs interventions. La planification pour la mise en œuvre sera basée sur l'approche GAR et se fera à travers les outils suivants :

- Les plans d'actions triennaux glissants intégreront les activités financées par les partenaires extérieurs et non pris en compte dans le Budget-programme. Ces plans seront utilisés comme outils de mobilisation des ressources.
- le document d'harmonisation et d'alignement des interventions et des intervenants 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 ;
- la stratégie intégrée de communication en santé et CSC et le plan d'actions opérationnel de communication (PAO) : ce PAO permettra de renforcer la visibilité de la SNDS et son appropriation par tous les acteurs du développement sanitaire national. Il accordera une place primordiale à la communication par l'utilisation des TIC ;
- les plans de développement sanitaire régionaux (PDSR) et les plans de développement de districts (PDSD), définiront la voie pour atteindre les objectifs de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 au niveau de chaque région et de chaque district ;
- les documents de programmation pluriannuelle des dépenses (DPPD) seront élaborés tous les trois ans par le secteur et consolidés par le Ministère en charge 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 MSHP 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.



Le cycle annuel de planification, mise en œuvre et suivi de la stratégie comprend 5 phases séquentielles au cours de l'année : (i) Évaluation interne annuelle, (ii) Priorisation (iii) Mobilisation du financement, (iv) Planification axée sur les résultats, (v) Exécution technique et financière.

Figure 17 : Cycle de planification, d'exécution et de suivi de la stratégie

III.1.1.2. Un budget

➤ Les sources de financement de la stratégie

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 dans le cadre de la présente stratégie seront conformes à la vision « un plan, un budget, un rapport » avec une mise en commun de toutes les ressources et mécanismes de financement de la santé pour plus d'efficacité et d'équité dans la gestion des ressources. Toutes les actions prévues dans la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 sont 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 la stratégie. Le financement des interventions retenues dans la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 sera mobilisé de façon concertée auprès de l'État, des collectivités territoriales, des partenaires au développement, du secteur privé, des ONG, de la diaspora et des organisations communautaires ainsi que des ménages sur la base de l'approche « un plan, un budget, un rapport ».

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 en charge de la Santé ;
- mettre en œuvre l'achat stratégique ;
- améliorer le pilotage des programmes budgétaires au sein du Ministère en charge de la santé ;
- améliorer l'utilisation (efficience) des ressources financières au niveau des structures du MSHP ;
- rendre disponibles les ressources pour la CSU (RH, infrastructures, équipements, médicaments et produits de santé) ;
- mettre en place un mécanisme de régulation de l'offre de soins pour la CSU ;
- mettre en place des mécanismes de redevabilité, de suivi et d'évaluation.

➤ **Les canaux/outils de mobilisation des ressources financières**

La Table ronde des Bailleurs de fonds

La table ronde des bailleurs sera organisée dès que la stratégie est validée et adoptée 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

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 Banque africaine de développement) 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* ».

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de développement Sanitaire 2021-2025, un nouveau compact est prévu. Il devrait permettre de mettre en place un mécanisme ad hoc de suivi permettant de prévenir le manque de résultats constaté dans l'exécution 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 la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire est disponible.

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

La mobilisation et la gestion des ressources financières se feront suivant l'approche sectorielle dont les principes de base sont : l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans la Stratégie, 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.

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 d d ;
- 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 de la stratégie ;
- la mise en place d'un mécanisme de financement des activités transversales. Ce fonds pourrait être constitué par un apport du gouvernement et une portion prélevée sur les contributions des parties prenantes ;
- l'achat stratégique qui prône l'allocation des ressources basée sur la performance et l'équité selon les normes de qualité de l'offre de soins.

Tout en respectant les procédures nationales de gestion, les modalités de financement, 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, 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 locale.

III.1.1.3. Un rapport

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

- un cadre de performance unique pour la Stratégie 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 ;
- l'évaluation qui sera organisée en 2025 comprendra une partie auto-évaluation et une partie évaluation externe ;
- 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.

III.1.2 Acteurs de mise en œuvre

L'État

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

Le 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 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).

Les collectivités territoriales

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

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 de la Stratégie, (ii) s'aligner sur les priorités de la Stratégie (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.

Les sociétés savantes, ordres professionnels, partenaires sociaux et associations professionnelles

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 et associations professionnelles 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.

Les burkinabè de l'extérieur

Les burkinabè de l'extérieur sont appelés à mettre à profit leurs savoir-faire capitalisés. Ils apportent leurs contributions 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.

Les communautés

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

III.1.3 Cadre organisationnel

III.1.3.1 Mécanismes institutionnels de pilotage, de coordination et d'exécution

a. Au niveau central

La mise en œuvre de la Stratégie est envisagée selon l'approche « un plan, un budget, 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 et piloter la mise en œuvre vers l'atteinte des résultats.

Le Cadre sectoriel de dialogue santé (CSD)

Présidé par le Ministre de la santé, le CSD se réunit deux fois par an en session ordinaire. Il est l'instance supérieure chargée d'apprécier la mise en œuvre de la politique sectorielle. Il est l'organe de pilotage de la mise en œuvre de la Stratégie et a la responsabilité institutionnelle du suivi et de l'évaluation de la Stratégie. 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.

À travers l'organisation de revues périodiques, le CSD procède à : i) la coordination générale de la mise en œuvre de la Stratégie, 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 de la Stratégie et de son plan de suivi au regard du PNDES II, v) la concertation avec les autres secteurs sur la mise en œuvre, 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 et la revue de la performance du PNDES II.

Le Comité technique de suivi de la Stratégie

Un comité chargé du suivi de la mise en œuvre de la Stratégie est mis en place par le Ministère en charge de la santé. Ce comité est présidé par le Secrétaire général du

MSHP. Le secrétariat général de ce comité est assuré par la Direction générale des études et des statistiques sectorielles (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 (i) de veiller à la mise en œuvre de la Stratégie ; (ii) d'assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans et programmes ; (iii) de donner des avis techniques sur la mise en œuvre des plans annuels ; (iv) d'organiser les revues annuelles du Ministère en charge de la santé ; (v) de valider les rapports de progrès et d'adopter les différents plans triennaux et annuels) ; (vii) d'assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des Partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux ; (viii) de valider les différents documents élaborés par le comité technique de suivi et de revues des plans.

La composition, l'organisation et le fonctionnement du comité technique de suivi sont précisés 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 chargé 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 chargé 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 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'activités qui va contribuer au suivi de la mise en œuvre de la Stratégie. Ce rapport sera transmis au secrétariat technique de suivi de la Stratégie.

Les équipes fonctionnelles

Mises en place par arrêté du Ministre de la santé et de l'hygiène publique, 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 en fixer les échéances.

Elles se réunissent une fois par mois sur convocation de leurs présidents.

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 de dialogue 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 de la Stratégie et adopter les différents plans d'actions ;
- organiser des sorties conjointes de suivi de la stratégie 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 de la stratégie 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 et de l'hygiène publique en est le rapporteur. Il est chargé de présenter son rapport contributif au CRS/PNDS avant de le transmettre au Secrétaire Général du MSHP.

Le comité technique régional de santé

Le comité technique régional de santé (CTRS) est l'organe technique opérationnel de suivi évaluation et est chargé (i) d'élaborer un plan intégré de suivi évaluation au niveau régional, (ii) d'assurer le suivi des indicateurs régionaux, (iii) d'adopter le PDSR, le rapport de progrès (iv) d'organiser les revues régionales, (v) de 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 de la Stratégie;
- adopter le plan d'actions 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 et de l'hygiène publique 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 comités de gestion (COGES) des CSPS/CM, 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 de la SNDS 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

III.1.3.2. 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 de la Stratégie nationale de développement sanitaire.

Il est composé d'une équipe de professionnels aguerris, de préférence jouissant 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. Un texte réglementaire viendra préciser les attributions, la composition et le fonctionnement de ce comité consultatif.

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 MSHP 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.

III.2 Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation comprennent le mécanisme et les outils.

III.2.1 Mécanisme de suivi et d'évaluation

III.2.1.1 Mécanisme de suivi

Pour assurer une bonne efficacité dans la mise en œuvre de la stratégie, 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 de la stratégie;
- 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 de la stratégie ;
- 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'actions conjoints ;
- identifier et mettre à jour les outils de collecte harmonisés des données sensibles au Genre ;

III.2.1.2 Mécanisme d'évaluation

La Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 fera l'objet d'une évaluation avant l'élaboration de la seconde Stratégie (2026-2030). 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.

III.2.2 Outils de suivi et d'évaluation

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 VI en annexe). En outre, un plan de suivi et d'évaluation est élaboré et adopté.

III.3 Mécanisme de financement

III.3.1 Estimation des coûts

III.3.1.1. 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 en charge 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 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.

III.3.1.2. Hypothèses de calcul des coûts des interventions

L'estimation des coûts de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 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 en conformité avec les recommandations internationales en la matière.

Les coûts unitaires pour chaque intervention ont été déterminés à partir des interventions retenues dans la Stratégie, adoptant l'approche des ingrédients, ou une approche de coût normalisée, appliquée pour l'estimation des coûts directs des intrants. L'approche des ingrédients est 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 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 durable en 2030.

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

III.3.1.3. Tendances et besoins financiers globaux

➤ Budget global

La programmation des coûts a été proposée en fonction des prévisions de financement de la Stratégie sur la base des cinq (5) orientations stratégiques. Le coût global estimatif de mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 s'élève à 3 948 953 027 916 de FCFA soit environ 7 179, 914 millions de dollars US. La figure 18 ci-dessous donne l'évolution annuelle du besoin de financement.

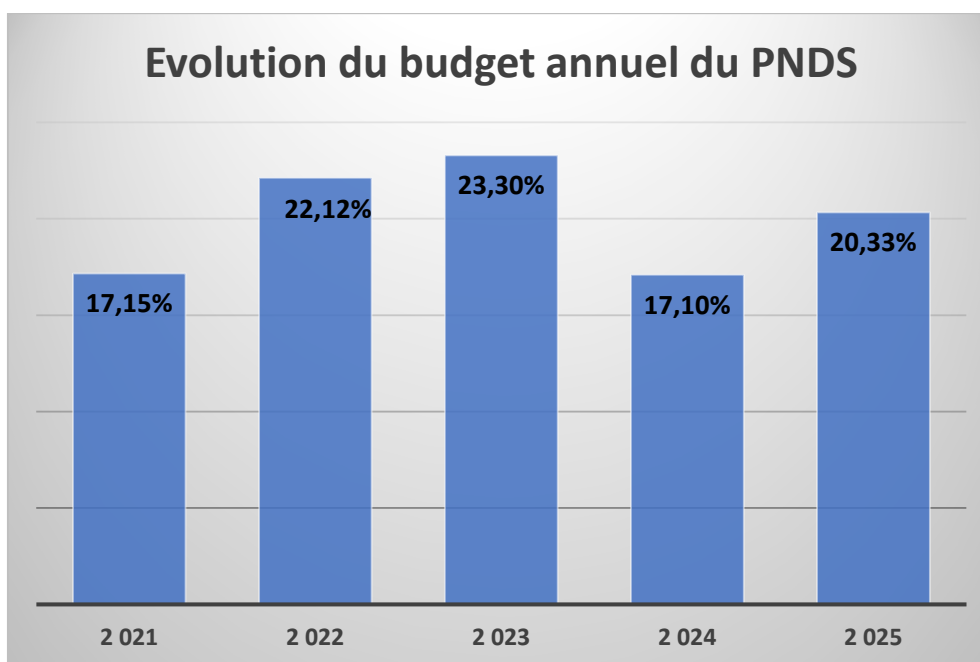
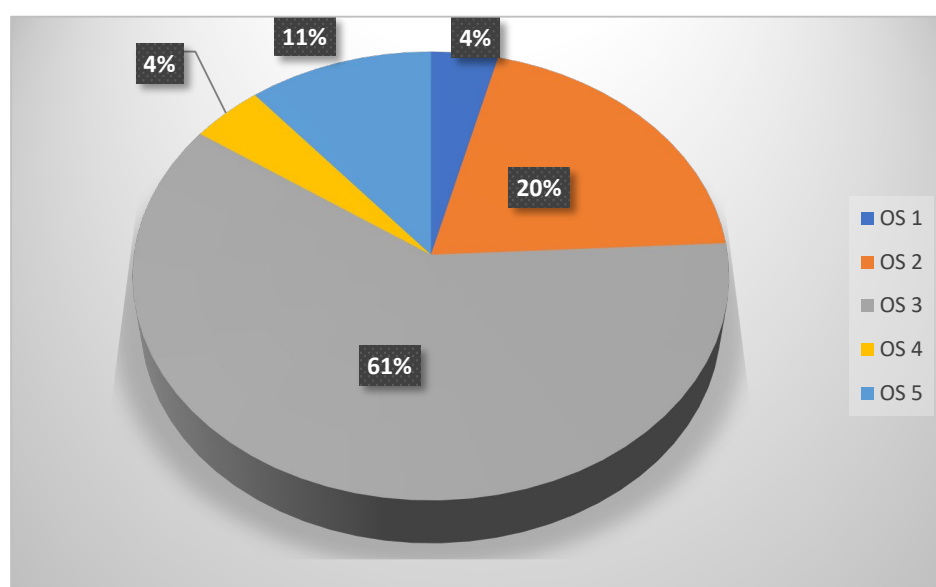


Figure 18 : Proportion par an des prévisions budgétaires de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025

La figure montre une évolution croissante du budget entre 2021 et 2023 (respectivement 17,15%, 22,12% et 23,30%), avant de décroître en 2024 (17,10%), puis remonter en 2025 (20,33%). La baisse du budget en 2024 s'explique par la fin prévue de la mise en œuvre du plan d'urgence des hôpitaux en 2023.

➤ **Budget par orientations stratégiques**

La figure 19 ci-dessous montre la répartition du budget par Orientation stratégique (OS).



19 d d

La figure ci-dessus montre que l'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 » consomme plus de la moitié du budget (61%) et suivi de l'OS 2 « Développement des ressources humaines pour la santé » avec 20%. Suivent dans l'ordre d'importance de poids, l'OS 5 (11%), l'OS 4 et l'OS 1 (4%) chacune.

L'importance du poids de l'OS 3 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 IV suivant présente les prévisions budgétaires annuelles détaillées par orientations stratégiques et année.

Tableau IV : Évolution des prévisions budgétaires de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 en fonction de l'orientation stratégique en millions de FCFA.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total
OS 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, efficience, transparence, redevabilité et prise en compte du Genre	27 617	30 263	32 357	32 580	34 324	157 141
OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé	137 606	147 814	158 778	170 493	182 882	797 572
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)	405 656	490 461	586 376	395 444	512 258	2 390 196
OS 4 : Adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique	29 322	34 247	34 814	35 156	36 228	169 768
OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires	77 238	170 763	107 592	41 573	37 111	434 277
TOTAL	677 440	873 548	919 917	675 245	802 804	3 948 953

➤ Budget par programme et action prioritaire du budget programme

Pour répondre aux directives de l'UEMOA, le Ministère en charge 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 20 ci-dessous montre que le programme budgétaire « Offre de soins » consomme 54%, suivi du programme « santé publique (26%) », du programme « accès aux produits de santé (14%) » et du programme « pilotage et soutien des services du Ministère de la santé (6%) ».

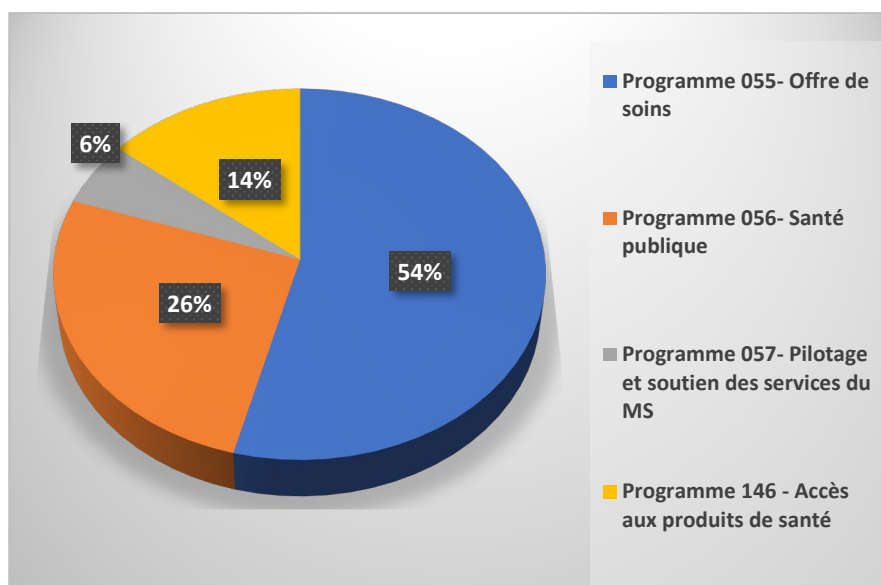


Figure 20 : Répartition du budget du PNDS par programme budgétaire

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

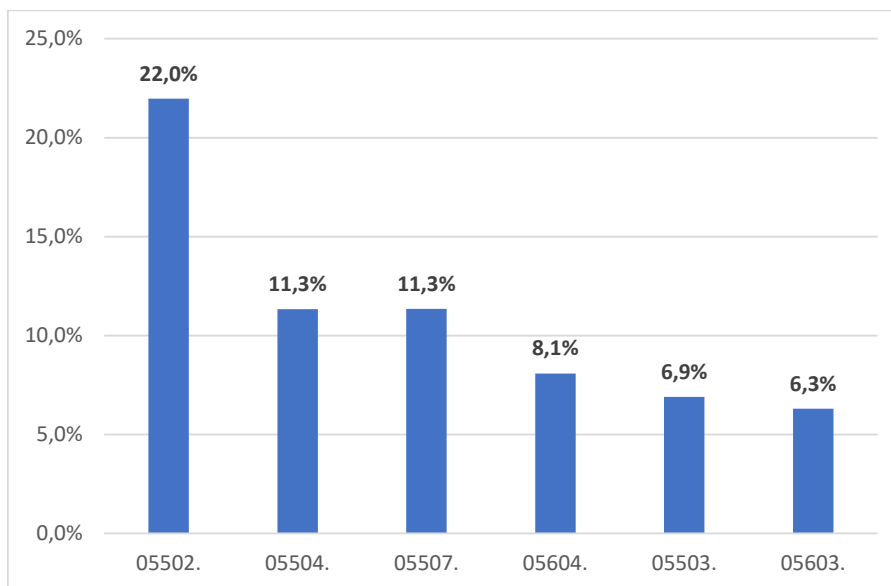


Figure 21 : Répartition du budget de la stratégie par principales actions prioritaires

Le graphique ci-dessus montre qu'une grande partie du coût de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 soit 65,9 % est absorbée par les six (06) actions prioritaires suivantes :

- 05502. Construction/Réhabilitation d'infrastructures sanitaires (22,0%) ;
- 05504. Promotion des mécanismes de partage des risques en matière de santé (11,3%) ;
- 05507. Rémunération du personnel du programme budgétaire offre de soins (11,3%) ;
- 05604. Gestion sanitaire des catastrophes (8,1%) ;
- 05503 Acquisition et maintenance des équipements sanitaires (6,9%) ; 05603. Offre de services de qualité en faveur de la santé de la mère et de l'enfant (6,3%).

Le pourcentage restant (34,1%) est détenu par 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 (districts sanitaires), 17,26% vers le niveau intermédiaire (niveau région) 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.

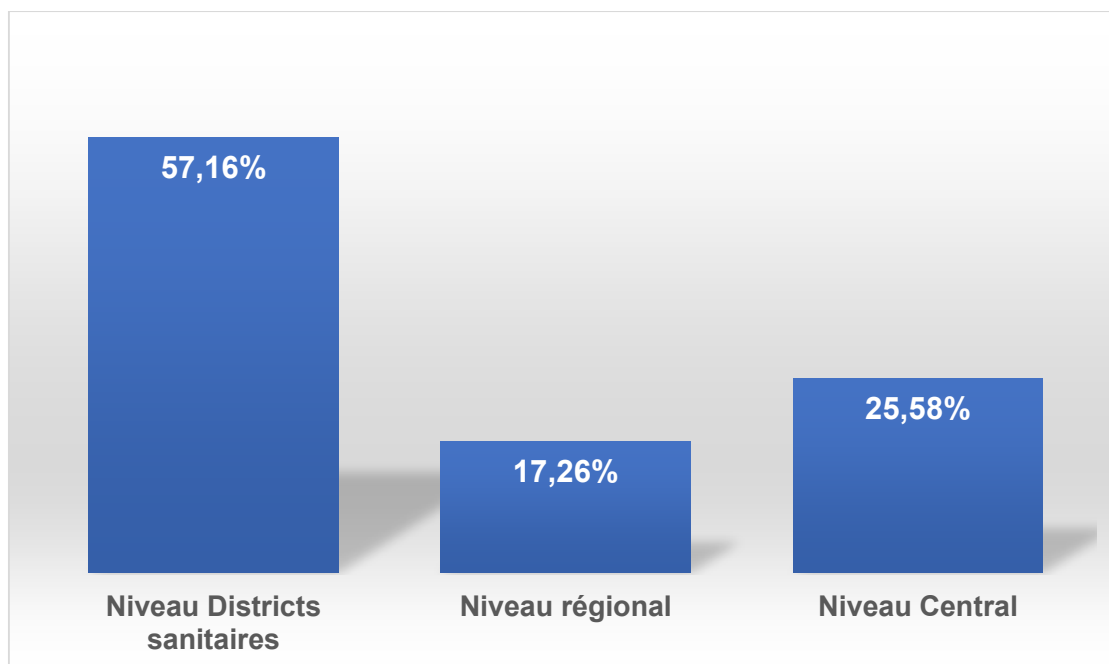


Figure 22 : Budget par niveau de soins

➤ **Budget par catégorie de dépense**

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

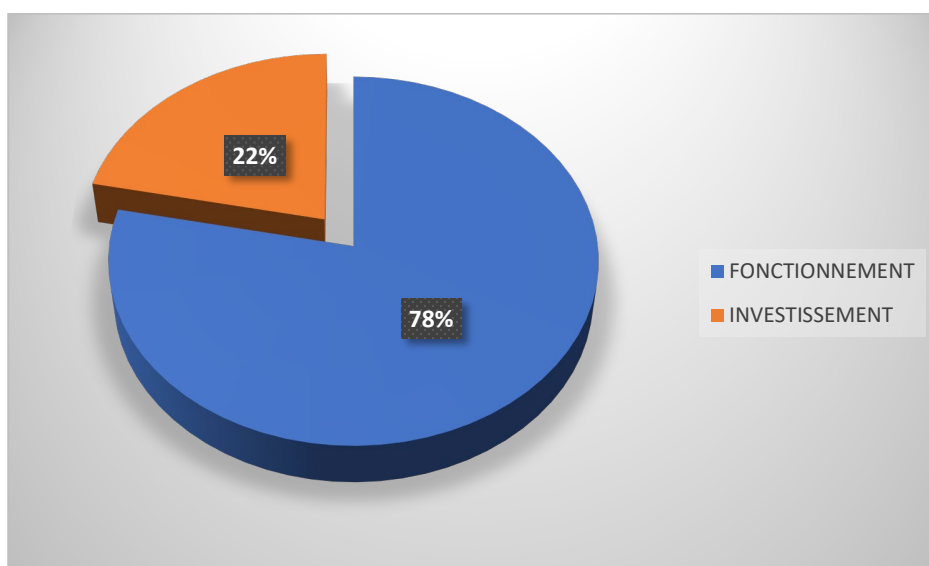


Figure 23 : Répartition du budget par catégorie de dépense

La figure ci-dessus montre que dans les coûts estimatifs, les coûts récurrents occupent **78%** du budget total, tandis que les coûts en capital font **22%**. Il faut par ailleurs signaler que dans le budget du fonctionnement, les médicaments et fournitures occupent **22,3 %**,

les salaires et autres avantages du personnel représentent **22,2%**, et les coûts administratifs de fonctionnement font **33,5%**.

Pour ce qui est des investissements, les constructions occupent **17,3%** tandis que les équipements et autres matériels consomment **4,7%**.

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

Pour l'atteinte des résultats escomptés dans la mise en œuvre de la Stratégie, 32 axes d'intervention ont été retenus et la répartition budgétaire suivant chaque axe d'intervention a été faite. Selon cette répartition, 56,63% du budget est absorbé par quatre (04) axes prioritaires et 43,37 % par le reste des axes d'intervention (29). Le poids selon les trois (03) principaux axes est le suivant :

- promotion de l'équité et de la prise en compte du Genre dans le secteur de la santé (23,7%);
- renforcement de la disponibilité étude la qualité de la gestion des ressources humaines (13,3%) ;
- Accroissement de la protection des populations contre le risque financier (10,3%) ;
- . Renforcement de la régulation des produits de santé (9,39%).

➤ **Budget selon les produits**

La Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 a retenu 23 produits et selon la répartition budgétaire quatre (04) consomment 64,1% du budget et les 36% restants sont consommés par les dix-neuf (19) autres.

La répartition budgétaire selon le poids des quatre (04) principaux produits est la suivante :

- une information sanitaire de qualité est disponible à temps pour orienter la prise de décisions basée sur les évidences (24,5%) ;
- les infrastructures, les équipements et le matériel standardisés et harmonisés sont disponibles selon les normes, utilisés rationnellement et bien entretenus (13,5%) ;
- la gestion des ressources humaines en santé est efficace (13,30%) ;
- 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 (12,8%).

➤ **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.

Les SSP 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 de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025, la part consacrée au SSP représente 73,66% soit environ 2 920 408 325 230 FCFA et en moyenne 584 081 665 046 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 groupe, 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 pourcentage du budget de la Stratégie attribué au Genre est de 69,93%, soit 2 761 502 852 422 de FCFA.

III.3.1.4. Scénarii de financement du SNDS 2021-2025

Dans le cadre de l'estimation des coûts, trois scénarii ont été proposés ;

- un **scénario minimum** 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** repose sur les couvertures moyennes attendues. En effet, sur la base de données existantes jusqu'en 2023, il a été procédé à des projections de 2023 à 2025 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 2025.

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

Tableau V : Budget estimatif de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 par scénario.

SCÉNARIO	Coût en CFA	Coût en USD
Minimum (pessimiste)	2 809 124 981 468	5 107 499 966
Moyen (tendanciel)	3 948 953 027 917	7 179 914 596
Maximum (optimiste)	4 224 834 397 342	7 681 517 086

De l'analyse des différents scénarii, le scénario minimum ou pessimiste 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 la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 parce que plus réaliste et réalisable, moyennant un effort acceptable de mobilisation de ressources.

III.3.2. 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 de la Stratégie va réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 33,2% en passant de 81,61 pour 1000 à 54,51 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 202 milliards pendant les 05 années de réduction de la mortalité infanto-juvénile.

Partie IV



Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

La mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 pourrait être compromise par la survenue d'un certain nombre de risques notamment :

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 le PNDS 2011-2020. Ces crises ont eu pour conséquences : (i) l'amenuisement des allocations budgétaires notamment celles destinées aux dépenses d'investissement ; (ii) les retards de déblocage d'argent et 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, on assiste à certains événements suite à la conjugaison entre un environnement d'insécurité grandissante, le chômage des jeunes et la pauvreté qui recule trop lentement. Ces facteurs pourraient constituer un risque.

Pour réduire l'impact des troubles, 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 à Covid-19, comme les autres pays. À cela s'ajoute le lot des crises humanitaires, des crises alimentaires et nutritionnelles, des accidents et des 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

Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

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 économique et à fortiori la 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 de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025. 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 généralisée à toutes les régions

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 la réticence du personnel à travailler dans certaines zones. Pour pallier 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 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 d'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 et des jeunes sont entravées 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

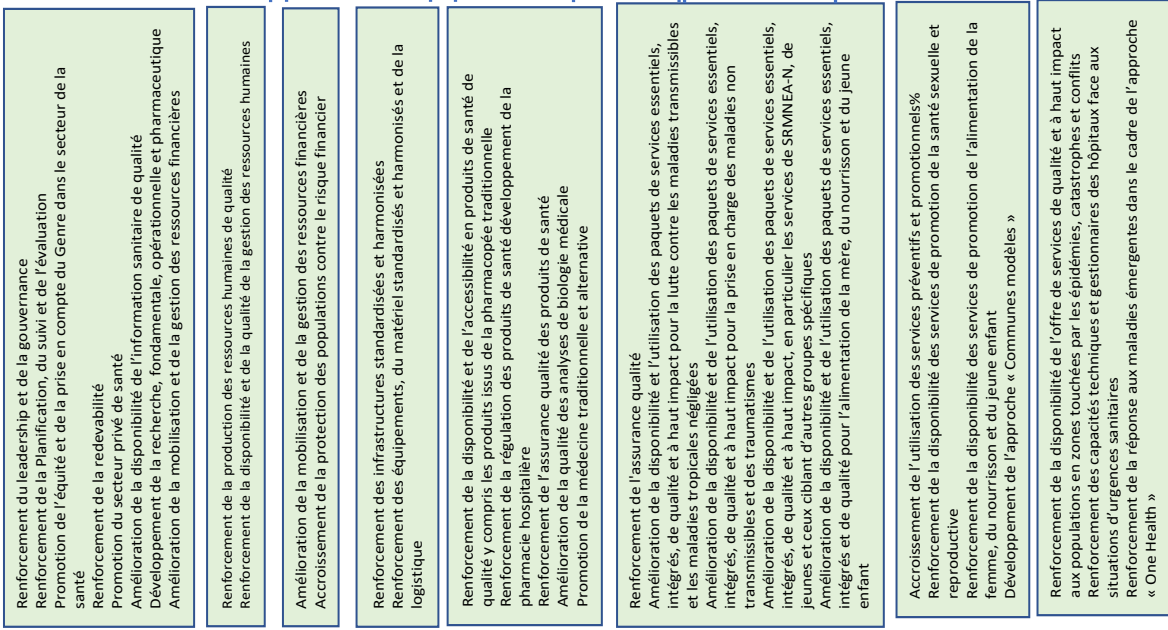
devraient permettre d'amener les populations à adopter des comportements favorables à la santé.

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

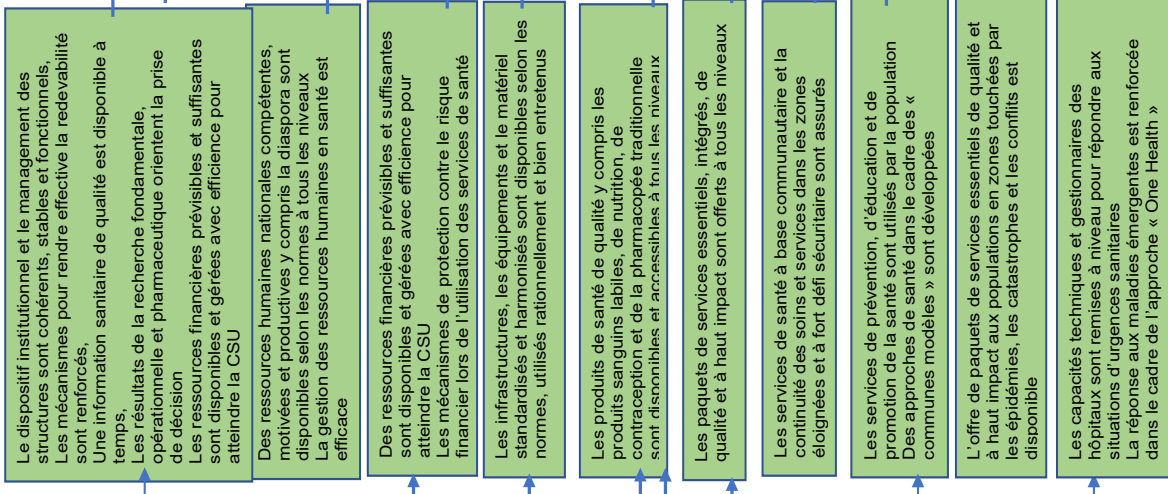
Le non-respect des engagements pris entre le gouvernement et les PTF peut engendrer l'interruption des financements extérieurs avec arrêt de la mise en œuvre des activités. Les concertations régulière et permanente devraient permettre de minimiser ce risque.



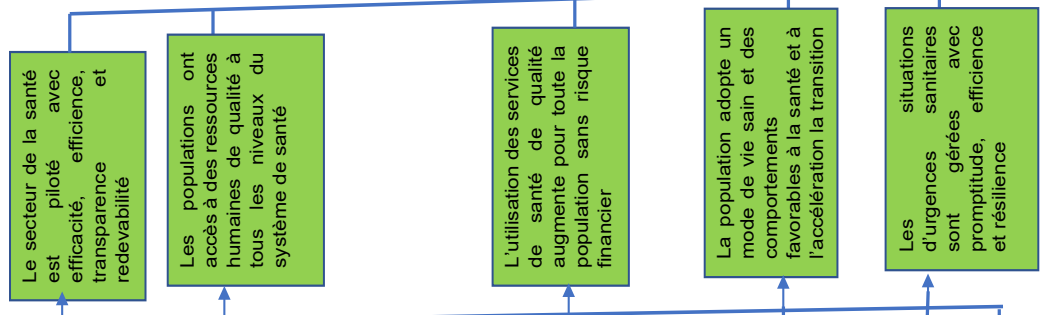
Axes d'intervention



Produits



Effets



Impact

L'état de la santé de la population est amélioré



Figure 24 : Théorie de changement de la SNDS

Tableau VI : Cadre de mesure de performance de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025
(Confère plan de suivi-évaluation)

Tableau VII : Matrice des réformes stratégiques et investissements structurants

N°	Intitulé des PPD-PPP	Coût planifié	Mode de financement envisagé	Source de financement	Disponibilité du financement	Niveau de maturité		Projet en exécution/nouveau projet
						Existence ProDoc	Existence étude de faisabilité	
1	Projet de construction et d'équipement des centres hospitaliers régionaux de Dédougou, Fada N'Gourma et Gaoua Phase 2 (PCE 3 CHR 2)	110 319 606 921	Crédit acheteur (Gaoua), don (50% du coût de Fada), allocation budgétaire	Société générale, Pays-Bas, Budget de l'Etat	Contrat en cours de signature, recherche du financement complémentaire, en fonction de la disponibilité	Oui	Oui pour Dédougou, en cours pour Gaoua et Fada	Oui
2	Projet de construction et d'équipement d'un nouveau CHU et d'un centre de radiothérapie à Bobo Dioulasso (PROCE/CHU-B)	77 487 685 616	Don et contrepartie	République populaire de Chine et contrepartie Etat,	Oui	Oui	Oui	Nouveau projet
7	Programme d'appui au développement sanitaire des régions du plateau central et du centre-sud (PADS-PCCS)	36 834 333 000	Prêt et contrepartie	BADEA, OFID, FONDS SAUDIENS, FONDS	Oui	Oui	Oui	En exécution



3	Projet ORI13BF011 « amélioration de l'accès aux soins de santé pour la mère et l'enfant au Burkina Faso »	8 320 815 000	Don et subvention	ORI et UE	Partiel	Oui	PPD	En exécution					
4	Projet hôpitaux de district (PHD)	31 523 074 640	Etat seul	Etat	Partiel	Non	Non	Nouveau projet					
5	Projet de Construction et d'Equipe-ment d'un Centre de Gériatrie à Ouagadougou (PCE-CEGO)	3 841 688 109	Subvention et contrepartie	CARFO et Etat	Partiel	Oui	Oui	En exécution					
6	Projet de Renforcement des Services de Santé (PRSS)	60 967 737 000	Don, subvention contre partie	IDA, GFF, PoN et Etat	Oui	Oui	Oui	En exécution					
7	Projet d'appui et de préparation à la riposte au COVID-19 (PPR COVID-19)	25 115 512 000	Contrepartie, Don et Prêt	Etat BM, BID, BADEA, Etat	Oui	Oui	Non	En exécution					
8	Programme d'appui au développement sanitaire (PADS)	241 063 240 000	Prêt, don, subvention	UNFPA, Banque mondiale, GAVI, FM, GIZ, PERLSS	Oui			En exécution					
9	Projet de renforcement des soins de santé primaires pour l'amélioration de la santé et de la nutrition (PRSS-ASN)	18 000 000 000	Prêt et contrepartie	BID et Etat	Oui	Oui		Nouveau projet					
10	Projet de Construction et d'Equipe-ment d'un nouveau CHU de Bassinko (PCE/CHU-BSK)	87 773 571 150	Prêt, don et contrepartie	A rechercher	Convention de financement en cours de négociation	Oui	OUI	Nouveau projet					
11	Projet de construction et d'équipement du centre de cancérologie de Ouagadougou (Phase II)	40 342 498 499	Prêt, don, subvention	A rechercher	Non	Oui	Oui	En exécution					
12	Projet de Construction et d'Equipe-ment d'un centre de soins spécialisés de haut	24 495 128 700	Prêt, don, subvention	A rechercher	Non	Oui	Oui	En exécution					



Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

24	Projet de construction d'un nouveau CHU à Boulimtougou	80 000 000 000	Non défini	A rechercher	Non	Non	Non	Idée de projet
25	Projet de construction et d'équipement d'un centre d'appareillage orthopédique à Bobo Dioulasso	Non déterminé	Non défini	A rechercher	Non	Non	Non	Idée de projet
26	Projet de renforcement de la disponibilité des PSL dans les formations sanitaires du Burkina Faso	Non déterminé	23 000 000 000	A rechercher	Non	Oui	Non	Nouv eau projet
27	Projet de construction et équipement de centres régionaux de transfusion sanguine (Manga, Banfora, Bobo-Dioulasso, Dori)	4 000 000 000	Subvention	A rechercher	Non	Non	Non	Nouv eau projet
28	Projet de leasing pour les équipements médicaux dans les hôpitaux	Non déterminé	PPP	A rechercher	Non	Non	Non	Idée de projet
29	Projet de construction et équipement de dépôt répartiteurs de MEG (DRD) dans les districts sanitaires	Non déterminé	PPP	A rechercher	Non	Non	Non	Idée de projet
30	Plan d'urgence pour les hôpitaux	230 000 000 000	Prêt, don, subvention, PPP	ETAT, PTF, PPP	NON	OUI	NON	NON
31	Projet de mise en œuvre du plan stratégique multisectorielle de nutrition 2020-2024 (PSMN)	223 391 825 229	Prêt, don, subvention, PPP	PTFs nutrition	NON	OUI	Étude costing	En exécution

Tableau VIII : Orientations stratégiques, axes d'interventions et actions prioritaires de la SNDS 2021-2025

Code Produits	Code et AI d'intervention	Code AP	Actions Prioritaires	2021	2022	2023	2024	2025	Budget Programme	
<p>OS 1 RENFORCEMENT DU LEADERSHIP ET DE LA GOUVERNANCE POUR PLUS D'EFFICACITÉ, D'EFFICIENCE, DE TRANSPARENCE, DE REDEVABILITÉ, D'EQUITE ET DE PRISE EN COMPTE DU GENRE</p> <p>E1 : Le secteur de la santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité.</p>	<p>Le dispositif institutionnel et le management des structures sont cohérents, et stables et fonctionnels</p>	<p>AI 1.1.05701</p> <p>Renforcement du leadership et de la gouvernance</p>	0570116	Développer les processus gestionnaires pour une meilleure continuité administrative	X	X	X	X	P 057	
			0570132	Développer une plateforme de formation et de mentorat des cadres de santé nationaux sur le leadership dans la gouvernance des services de santé	X	X	X	X	X	P 057
			0570825	Rendre effectifs l'alignement des partenaires et l'harmonisation des interventions dans le secteur de la santé	X	X	X	X	X	P 057
			0570117	Dynamiser le cadre institutionnel et de régulation (réformes, normes et textes réglementaires) nécessaire à la gouvernance du secteur	X	X	X	X	X	P 057
			1460206	Renforcer la régulation pharmaceutique	X	X	X	X	X	P 057
			0570119	Adapter le schéma de référence-contre-référence et les filières de soins à l'évolution des paliers de soins	X	X	X	X	X	P 057
			0570120	Organiser le cadre de mutualisation de l'offre de soins entre les structures de soins	X	X	X	X	X	P 057
			0570121	Assurer le leadership du MSHP dans la coordination des interventions et approches intersectorielles	X	X	X	X	X	P 057
			0570122	Garantir la sécurité sanitaire des aliments	X	X	X	X	X	P 057
			0570133	Créer et rendre fonctionnel le Haut Conseil de Santé pour une meilleure orientation des choix sanitaires du Gouvernement		X				P 057
			0570125	Relire et adopter les textes régissant le fonctionnement des ordres professionnels		X				P 057
			0570126	Dynamiser la collaboration avec les ordres professionnels, les sociétés savantes, les partenaires		X	X	X	X	P 057

					0570 207	Contribuer à la mise en place des mécanismes innovants de financement de la santé									P 057																																		
					0570 208	Réviser et harmoniser la tarification dans le cadre de l'assurance maladie universelle									P 057																																		
					0570 209	Assurer le suivi des ressources transférées aux communes									P 057																																		
					0570 210	Promouvoir les mécanismes d'achats stratégiques									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 compris la diaspora sont disponibles selon les normes à tous les niveaux	AI 2.1. 055 01	Renforcement de la production des ressources humaines de qualité	0550 109	Définir les profils des professionnels de santé selon les priorités du secteur de la santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	P 055																																		
																0550 110	Renforcer le dispositif de formation de base des personnels de santé adaptés aux besoins du pays	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	P 055																					
																													0550 111	Adapter les curricula de formation aux besoins du système de santé	X	X	X	X	X	X	X	X	P 055										
																																								0550 112	Renforcer les capacités des institutions de formation	X	X	X	X	X	X	X	P 055
0550 105	Assurer le recrutement des ressources humaines suffisantes pour animer les structures de santé et le niveau communautaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	P 055																																					
													0550 106	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	X	X	X	X	X	X	X	X	P 057																										
La gestion des ressources humaines en santé est efficace et efficiente	057 04 057 04	Renforcement de la disponibilité et de la qualité de la gestion des ressources humaines	0570 407	Réduire l'inégale répartition des ressources humaines en santé par le développement de l'approche WISN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	P 057																																			
															0570 408	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	X	X	X	X	X	X	X	X	P 057																								



P3.3.	compris les produits sanguins labiles et les produits de la pharmacopée traditionnelle sont disponibles	146 01	et l'accessibilité en produits de santé y compris les produits issus de la pharmacopée traditionnelle	1460 116	Rendre disponibles les produits sanguins labiles à tous les niveaux	X	X	X	X	X	P 146
				1460 117	Promouvoir la production locale des produits de santé et des médicaments génériques	X	X	X	X	X	P 146
				1460 118	Assurer la sécurisation des produits contraceptifs en tout temps à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	X	X	X	X	X	P 146
				1460 119	Renforcer l'information pharmaceutique	X	X	X	X	X	P 146
				1460 120	Renforcer le système d'approvisionnement en produits de santé suffisants et de qualité	X	X	X	X	X	P 146
				1460 201	Inspecter/auditer les établissements pharmaceutiques, les agences de promotion médicale et les sites d'essais cliniques, à tous les niveaux	X	X	X	X	X	
				1460 202	Renforcer la lutte contre les faux médicaments et les médicaments de la rue	X	X	X	X	X	P 057
				1460 301	Développer la pharmacie hospitalière	X	X	X	X	X	P 057
				1460 302	Promouvoir l'usage rationnel des produits de santé	X	X	X	X	X	P 146
				1460 303	Renforcer la surveillance et le contrôle de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux	X	X	X	X	X	
				1460 304	Garantir l'assurance qualité des produits de santé	X	X	X	X	X	P 146
				1460 401	Renforcer l'offre et la qualité des examens de laboratoire et d'imagerie médicale	X	X	X	X	X	P 146
				1460 403	Renforcer les capacités de contrôles de qualité des produits de santé essentiels et des analyses de laboratoire	X	X	X	X	X	
				1460 501	Mettre en œuvre le plan stratégique de la médecine traditionnelle et alternative	X	X	X	X	X	P 055



Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

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 3.10 055 07	Renforcement de l'assurance qualité	traditionnelle et alternative	0550 603	Améliorer la qualité des soins et services dans les établissements de médecine traditionnelle et alternative	X	X	X	X	X	X	X	P 055
				0550 604	Rendre fonctionnel le centre de médecine traditionnelle et soins intégrés	X	X	X	X	X	X	P 055		
				1460 502	Améliorer la disponibilité des médicaments issus de la médecine et pharmacopée traditionnelle (MIMPT) de qualité	X	X	X	X	X	X	P 055		
				1460 503	Améliorer l'accès de la population aux médicaments issus de la médecine et pharmacopée traditionnelle	X	X	X	X	X	X	P 055		
P3.5.	Les paquets de services essentiels, de qualité et à haut impact pour la lutte contre les maladies transmissibles	AI 3.11 056 06	Amélioration de la disponibilité et l'utilisation des paquets de services essentiels, de qualité et à haut impact	0550 701	Améliorer la culture qualité des responsables pour une appropriation de la qualité à tous les niveaux	X	X	X	X	X	X	X	P 056	
				0550 702	Renforcer l'offre de soins infirmiers et médicaux spécialisés de qualité à tous les niveaux du système de santé	X	X	X	X	X	X	P 057		
				0550 702	Promouvoir l'humanisation des soins	X	X	X	X	X	X	P 056		
P3.5.				0560 420	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.	X	X	X	X	X	X	X	P 056	
				0560 624	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.	X	X	X	X	X	X	X	P 056	



P3.6.	S (paludisme, VIH, tuberculose etc.) et les maladies tropicales négligées sont offerts à tous les niveaux.	pour la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées	0560 625	Promouvoir le dépistage des maladies transmissibles (VIH, les hépatites ...)	X	X	X	X	X	X	P 056	
				0560 626	Mettre en œuvre les programmes spécifiques visant l'éradication, l'élimination et le contrôle des maladies d'intérêt spécial y compris les MTN	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 627	Renforcer l'immunisation universelle, surtout en zones d'accès difficile.	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 628	Assurer la prise en charge du paludisme à tous les niveaux	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 629	Assurer la prise en charge du VIH/SIDA à tous les niveaux	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 630	Assurer la prise en charge de la tuberculose à tous les niveaux	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 631	Élaborer des normes, des protocoles et directives harmonisés à tous les niveaux du système	X	X	X	X	X	X	P 055
				0560 710	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.	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 711	Améliorer la prise en charge (dépistage, diagnostic, traitement) des cancers de l'homme, de l'enfant et de la femme	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 712	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...	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 713	Améliorer l'offre de services de santé mentale et de soutien psychosocial y compris dans les situations d'urgences sanitaires	X	X	X	X	X	X	P 056
0560 714	Améliorer l'offre de services et de soins dans certaines spécialités : médecine de rééducation adaptative et kinésithérapie, Ophtalmologie, ORL, odonto-stomatologie, Chirurgie maxillofaciale, Dermatologie ...	X	X	X	X	X	X	P 056				
0560 715	Améliorer l'offre de services de qualité aux personnes âgées	X	X	X	X	X	X	P 056				

Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

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	AI 3.14 056 09	Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des services essentiels, intégrés et de qualité pour l'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant	0560 308	Assurer l'offre des services de santé en milieu préscolaire, primaire, secondaire et universitaire	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 327	Renforcer l'organisation de la santé au travail et les plateaux techniques des cliniques de l'APT	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 328	Mettre en œuvre l'assurance qualité	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 307	Renforcer la couverture et la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë en ambulatoire et en interne	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 330	Réduire les carences en micronutriments	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 331	Réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de cinq ans et d'âge scolaire	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 332	Renforcer la lutte contre la surnutrition et les maladies non transmissibles liées à la nutrition	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 101	Renforcer l'approche communautaire pour délivrer les interventions de SRMNEA, en particulier dans les zones d'accès difficile	X	X	X	X	X	X	P 056
				0560 102	Renforcer les capacités des ASBC pour exécuter de manière adéquate les nouvelles tâches déléguées, notamment en zones de conflit	X	X	X	X	X	X	P 056
				P3.9	Les services de santé à base communautaire et la continuité	AI 3.15 056 01	Développement de la santé communautaire					

des soins et services dans les zones éloignées et à fort défi sécuritaire sont assurés	0560 103	Renforcer la PCIME Communautaire	X	X	X	X	X	X	P 056	
	0560 104	Renforcer les capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé	X	X	X	X	X	X	P 056	
	0560 105	Renforcer les compétences, l'appui et la motivation aux agents de santé communautaire	X	X	X	X	X	X	P 056	
	0560 106	Promouvoir l'auto soin	X	X	X	X	X	X	P 056	
	0560 107	Renforcer le rôle des ASBC	X	X	X	X	X	X	P 056	
	0560 108	Renforcer la collaboration entre le MSHPBE et les collectivités territoriales	X	X	X	X	X	X	P 056	
	0560 109	Promouvoir la veille communautaire	X	X	X	X	X	X	P 056	
	OS 4. ADOPTION PAR LA POPULATION D'UN MODE DE VIE SAIN ET DES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTÉ ET A L'ACCELERATION DE LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE									
	E3 : La population adopte un mode de vie sain 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. 056 05	Accroissement de l'utilisation des services préventifs et promotionnels	0560 509	Offrir des services de prévention aux défis posés par le double fardeau des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles	X	X	X	X	P 056
				0560 510	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	X	X	X	X	P 056
				0560 511	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 saine.	X	X	X	X	P 056
				0560 512	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...	X	X	X	X	P 056
P4.2.	Les services de promotion	AI 4.2.	Renforcement de la	0560 806	Augmenter la couverture en offre de services de promotion de SR et de PF	X	X	X	X	P 056



	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	05608	disponibilité des services de promotion de la santé sexuelle et reproductive	0560807	Accroître la demande d'informations et de services de PF auprès des femmes et surtout des jeunes notamment les élèves et les étudiants	X	X	X	X	X	P 056
		0560808			Garantir un environnement favorable pour la PF	X	X	X	X	X	P 056
		0560901	Renforcement de la disponibilité des services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant		Promouvoir les pratiques optimales d'ANJE	X	X	X	X	X	P 056
P4.3.	Les services de promotion de l'alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant sont utilisés	AI 4.3.05609		0560902	Promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles et les modes de vie sains	X	X	X	X	X	P 056
		0560903		0560903	Intensifier les interventions dans le domaine de l'eau, hygiène et assainissement sensibles à la nutrition.	X	X	X	X	X	P 056
		0560904		0560904	Intensifier les interventions en matière d'éducation sensibles à la nutrition	X	X	X	X	X	P 056
		0560115		0560115	Promouvoir l'hygiène et l'assainissement dans toutes les communes	X	X	X	X	X	
P4.4.		AI 4.4.05601	Développement de l'approche « Communes modèles »	0560116	Implanter un poste de santé dans chaque village n'abritant pas un CSPS	X	X	X	X	X	P 055
		0560117		0560117	Promouvoir la consommation d'eau potable et les pratiques d'hygiène et d'assainissement en milieu communautaire.	X	X	X	X	X	P 056
		0560118		0560118	Promouvoir les modes de vie et les comportements favorables à la santé en milieu communautaire.	X	X	X	X	X	P 056
OS 5. AMÉLIORATION DE LA RÉPONSE AUX SITUATIONS D'URGENCES SANITAIRES											
E5 : Les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficacité et résilience.											
P5.1.	L'offre de paquets de	AI 5.1	Renforcement de la	0560406	Renforcer la coordination dynamique de la réponse aux situations d'urgences sanitaires	X	X	X	X	X	P 056



Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

<p>services essentiels de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, les catastrophes et les conflits est disponible.</p>	<p>056 04</p>	<p>disponibilité de l'offre de services de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, catastrophes et conflits</p>	0560 408	Renforcer la capacité de surveillance et de détection des épidémies	X	X	X	X	X	X	P 056		
			0560 410	Renforcer la capacité de réponse aux situations d'urgences sanitaires	X	X	X	X	X	X	X	P 056	
			0560 411	Assurer la disponibilité des intrants sanitaires pour la prise en charge des victimes de situations d'urgences sanitaires	X	X	X	X	X	X	X	X	P 056
			0560 412	Renforcer la prise en charge de la malnutrition en situation d'urgence	X	X	X	X	X	X	X	X	P 056
			0560 413	Renforcer la santé communautaire dans les zones à fort défi sécuritaire	X	X	X	X	X	X	X	X	P 056
			0560 428	Mettre en place la réserve sanitaire	X	X	X	X	X	X	X	X	P 056
			0560 429	Renforcer les compétences des équipes de réserve à prendre en charge les épidémies, les traumatismes de guerre	X	X	X	X	X	X	X	X	P 056
			0560 430	Renforcer les infrastructures, les équipements, le matériel et la logistique pour le triage et la prise en charge des cas lors de crises sanitaires	X	X	X	X	X	X	X	X	P 055
			0560 410	Créer un fonds permanent de réponse aux situations de crises sanitaires	X	X	X	X	X	X	X	X	P 056
			0560 414	Renforcer la capacité d'autorégulation pour une prise de décision rapide	X	X	X	X	X	X	X	X	P 056
			0560 415	Assurer la disponibilité d'un paquet de services et de soins essentiels, diversifiés et adaptés aux zones à fort défi sécuritaire	X	X	X	X	X	X	X	X	P 056
			0560 433	Renforcer la capacité et la motivation des équipes de personnels volontaires pour travailler dans les zones touchées par les conflits.	X	X	X	X	X	X	X	X	P 056
			0560 416	Mettre en œuvre la stratégie de résilience du système de santé en zone à fort défi sécuritaire	X	X	X	X	X	X	X	X	P 055
			0560 417	Renforcer la disponibilité en ressources humaines qualifiées dans les services d'urgence des CHU/CHR/HD	X	X	X	X	X	X	X	X	P 055
			0560 418	Renforcer le fonctionnement des services des urgences	X	X	X	X	X	X	X	X	P 055
P5.2	La coordination dynamique des interventions	Renforcement des capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux											



	dans la gestion des risques et urgences sanitaires est assurée	face aux situations d'urgences sanitaires									
P5.3.	Les capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux sont remises à niveau pour répondre aux situations d'urgences sanitaires		0560 419	Mettre en place des SAMU fonctionnels	X	X	X	X	X	P 055	
	AI 5.2. 057 01 .	Renforcer la gouvernance hospitalière	0570 110	Renforcer la gouvernance hospitalière	X	X	X	X	X	P 055	
		Renforcer les infrastructures, les équipements et matériels médico-techniques dans les CHU/CHR/HD dans le cadre des urgences sanitaires et catastrophes	0560 422		Renforcer les infrastructures, les équipements et matériels médico-techniques dans les CHU/CHR/HD dans le cadre des urgences sanitaires et catastrophes	X	X	X	X	X	P 055
			0560 417	Renforcer la disponibilité des produits de santé dans les CHU/CHR/HD	X	X	X	X	X	P 055	
P4.4.	La réponse aux maladies émergentes est renforcée dans le cadre de l'approche « One Health ».	Renforcement de la réponse aux maladies émergentes dans le cadre de l'approche « One Health »	0561 001	Renforcer le cadre de coordination de l'approche « One health »	X	X	X	X	X	P 056	
			0561 002	Renforcer, selon l'approche « One health », la surveillance et la détection focalisée sur les maladies zoonotiques prioritaires au Burkina Faso.	X	X	X	X	X	P 056	
			0561 003	Renforcer la lutte contre la résistance antimicrobienne	X	X	X	X	X	X	P 056
			0561 011	Développer la communication sur le risque et engagement communautaire	X	X	X	X	X	X	P 056



MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES
ET DE LA PROSPECTIVE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE L'ECONOMIE
ET DE LA PLANIFICATION

DIRECTION DE LA PROSPECTIVE ET DE
LA PLANIFICATION STRATEGIQUE ET
SECTORIELLE



BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

Ouagadougou, le 31 MAY 2022

N°2022-2029/MEFP/SG/DGEP/DPPS

**LE DIRECTEUR GENERAL,
Coordonnateur de la Commission nationale
de planification du développement**

A

Monsieur le Secrétaire général
du Ministère de la Santé et de
l'Hygiène Publique

-OUAGADOUGOU-

Objet : avis motivé sur la Stratégie Nationale de
Développement Sanitaire 2021-2025

Par lettre N°2022-2029/MSHP/SG/DGESS/DFP du 25 mai 2022, vous sollicitez l'avis motivé de la Commission Nationale de Planification du Développement (CNPD) en vue de l'adoption de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) 2021-2025.

Au regard de la qualité du document issu de la prise en compte des observations formulées par les membres de la CNPD lors de la session du 17 mars 2022, j'ai l'honneur de vous faire tenir ci-joint l'avis motivé sur la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) 2021-2025 et son plan d'actions à toutes fins utiles.

Je vous en souhaite bonne réception.

Pièce jointe :
avis motivé

A blue ink signature of Dr Larba Issa Kobyagda is written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'Commission Nationale de Planification du Développement' and 'Le Directeur Général'.

Dr Larba Issa KOBYAGDA
Chevalier de l'Ordre de l'Étalon

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES
ET DE LA PROSPECTIVE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE L'ECONOMIE
ET DE LA PLANIFICATION

DIRECTION DE LA PROSPECTIVE ET DE
LA PLANIFICATION STRATEGIQUE ET
SECTORIELLE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

N°2022____/MEFP/SG/DGEP/DPPS

AVIS MOTIVE

Nous, Coordonnateur de la *Commission Nationale de Planification du Développement*, après examen du dossier relatif au projet de « *Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) 2021-2025 et son plan d'actions* », introduit par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, apprécions :

- 1. la pertinence du projet de « *Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 et son plan d'actions*» avec le contexte national** : la question de la santé des populations est l'une des priorités de tout gouvernement. C'est pourquoi le Ministère de la santé et de l'hygiène publique a élaboré et mis en œuvre plusieurs référentiels de développement sanitaire. Le dernier en date est le Plan de national développement sanitaire (PNDS) 2011-2020. La SNDS 2021-2025 vient à la suite de ce document et constitue l'un des instruments de mise en œuvre de la politique sectorielle santé (PSS) 2018-2027 et vise à : « améliorer l'état de santé de la population d'ici 2025 » ;
- 2. la cohérence du projet de « *Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 et son plan d'actions*» avec les référentiels nationaux de développement** : la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire, s'inscrit dans la logique d'une contribution à la mise en œuvre du Plan National de Développement Economique et Social (PNDES II) 2021-2025, notamment à son objectif stratégique (OS) 3.1 : « promouvoir la santé de la population et accélérer la transition démographique ». Elle est également en cohérence avec la politique sectorielle « santé » (2018-2027) dont elle épouse le même objectif global ;
- 3. l'architecture du projet de « *Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 et son plan d'actions* »** : la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 et son plan d'actions contiennent les éléments essentiels d'un document de planification déclinés dans le guide méthodologique d'élaboration des politiques sectorielles et respecte l'architecture globale d'un document de stratégie ;
- 4. la prise en compte des observations formulées par la CNPD sur le projet de « *Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 et son plan d'actions*»** : les observations des membres de la CNPD ont été prises en compte dans la dernière version du projet de « *Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 et de son plan d'actions*».

Au regard de ce qui précède, le projet de « *Stratégie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2025 et son plan d'actions*» peuvent être adoptés par arrêté conjoint entre le Ministre de



Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

l'Economie, des Finances et de la Prospective et le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique conformément au décret n°2019-0573/PRES/ PM/MINEFID du 05 juin 2019 portant création, attribution, composition et fonctionnement de la Commission Nationale de Planification du Développement (CNPD), permettant l'application de la loi 034-2018/AN du 27 juillet 2018 portant pilotage et gestion du développement.

Fait à Ouagadougou, le 31 MAY 2022

P/Le Directeur général,
Coordonnateur de la CNPD,

Le Directeur général adjoint,
Coordonnateur adjoint de la CNPD



Mahamadou BOKOUM
Chevalier de l'Ordre de l'Étalon



Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

MINISTERE DE LA SANTE
ET L'HYGIENE PUBLIQUE

BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES
FINANCES ET DE LA PROSPECTIVE

ARRETE N°2022-⁰⁰⁰²⁵⁵/MSHP/MEFP portant adoption de la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) 2021-2025 et son plan d'actions.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

et

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE LA PROSPECTIVE

- Fusa CF n°00529*
- Vu : la Constitution ;
 - Vu : la Charte de la Transition du 1er mars 2022 ;
 - Vu : la loi 034-2018/AN du 27 juillet 2018 portant pilotage et gestion du développement ;
 - Vu : le décret N°2022-041/PRES du 03 mars 2022 portant nomination du Premier Ministre ;
 - Vu : le décret N°2022-053/PRES du 05 mars 2022 portant composition du Gouvernement ;
 - Vu : le décret N°2022-054/PRES/PM du 05 mars 2022 portant nomination d'un Secrétaire Général du Gouvernement et du Conseil des Ministres ;
 - Vu : le décret N°2022-0026/PRES-TRANS/PM/SGC-CM du 31 mars 2022 portant attributions des membres du Gouvernement ;
 - Vu : le décret N°2022-0055/PRES-TRANS/PM/SGC-CM du 20 avril 2022 portant organisation-type des départements ministériels ;
 - Vu : le décret n°2018-0093/PRES/PM/MS du 15 février 2018 portant organisation du Ministère de la santé ;
 - Vu : le décret N°2020-354/PRES/PM/MINEFID du 15 mai 2020 portant organisation du Ministère de l'économie, des finances et du développement ;
 - Vu : le décret n°2018-0269/PRES/PM/MATD du 05 juin 2018 portant adoption des nouveaux référentiels de la décentralisation au Burkina Faso ;
 - Vu : le décret n°2019-0573/PRES/PM/MINEFID du 05 juin 2019 portant création, organisation et fonction de la Commission Nationale de Planification du Développement (CNPD) ;
 - Vu : le décret n° 2019-0573/PRES/PM/MINEFID du 05 juin 2019 portant création, attributions, composition et fonctionnement de la Commission Nationale de Planification du Développement (CNPD) ;
- 24/06/2022*

Sur proposition du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

ARRETEMENT

Strategie Nationale de Développement Sanitaire 2021-2023

ARTICLE 1 : Est adoptée la Stratégie Nationale de Développement Sanitaire (SNDS) 2021-2025 et son Plan d'actions dont le texte est joint en annexe.

ARTICLE 2 : La Secrétaire Générale du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et le Secrétaire Général du Ministère de l'Economie, des Finances et de la Prospective sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié et communiqué partout où besoin sera.

Ouagadougou, le 28 JUN 2022

Le Ministre de la Santé
et de l'Hygiène Publique



The seal is circular with a blue border. The outer ring contains the text 'Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique' at the top and 'Burkina Faso' at the bottom, separated by two stars. The center features a shield with a caduceus and other symbols, with the text 'Le Ministre' below it.

Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU
Chevalier de l'Ordre National

Le Ministre de l'Economie, des
Finances et de la Prospective



The seal is circular with a blue border. The outer ring contains the text 'Ministère de l'Economie, des Finances et de la Prospective' at the top and 'Burkina Faso' at the bottom, separated by two stars. The center features a shield with a caduceus and other symbols, with the text 'Le Ministre' below it.

Dr Seglaro Abel SOME
Chevalier de l'Ordre National