

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

SECRETARIAT GÉNÉRAL

**DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE**



BURKINA FASO
Unité — Progrès — Justice

**STRATÉGIE DU PROGRAMME
BUDGÉTAIRE 056 SANTÉ PUBLIQUE, 2020-
2022**

Juillet
2019

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTES DES FIGURES	V
INTRODUCTION	1
PARTIE I : ANALYSE DIAGNOSTIQUE.....	2
1.1. CONTEXTE	2
1.1.1. Données générales	2
1.1.2. Organisation du système de santé au Burkina Faso.....	4
1.2. DESCRIPTION DE L'ETAT DE SANTE	6
1.2.1. Morbidité	6
1.2.2. Mortalité	10
1.2.3. Santé des jeunes et adolescents y compris la santé scolaire et universitaire.....	12
1.2.4. Facteurs influençant la santé	13
1.2.5. Analyse des déterminants de la santé avec l'outil FFOM.....	28
1. 3. PRINCIPAUX DEFIS EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE	52
PARTIE II : ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE	57
2.1. FONDEMENTS DE LA STRATEGIE DU PROGRAMME SANTE PUBLIQUE.....	57
2.2. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS	59
2.3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	61
2.4. CHAINE DES RESULTATS ET CADRE DE PERFORMANCE.....	61
PARTIE III : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION DES ACTIONS DU PROGRAMME.....	70
3.1. LES ACTEURS ET LEURS ROLES.....	70
3.2. MÉCANISME ET OUTILS DE GESTION, SUIVI-EVALUATION ET COUT DE LA STRATÉGIE DU PROGRAMME.....	73
3.2.1. Mécanismes de gestion	73
3.2.2. Outils de suivi.....	74
3.2.3. Dispositif de suivi-évaluation	75
PARTIE IV : ANALYSE ET LA GESTION DES RISQUES	78
CONCLUSION.....	79
ANNEXES	VIII

AVANT-PROPOS

Au Burkina Faso, la situation sanitaire malgré une amélioration notable, reste encore caractérisée par un taux brut de mortalité générale élevée (11,8 %). Le profil épidémiologique du pays est également marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité (10,0 %) due aux endémo-épidémies et aux maladies non transmissibles.

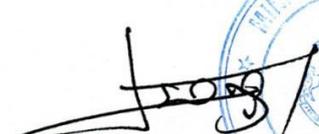
Les actions menées en matière de santé sont plus souvent axées sur le traitement curatif et ne prennent pas toujours en compte les facteurs favorisants de la maladie et aussi l'implication de tous les acteurs potentiellement concernés par les problèmes de santé.

La formulation d'une stratégie de programme budgétaire santé publique, premier du genre, se veut donc être la résolution manifeste de développer une approche holistique, participative à la prise en charge des questions de santé publique. Cette stratégie est l'instrument de la mise en œuvre effective du Programme de santé publique dont l'objectif stratégique est de « réduire la morbidité et la mortalité par une meilleure prévention, des soins efficaces et un changement des comportements ». Il servira de référence à tous les intervenants dans le domaine de la santé publique.

Le processus d'élaboration de la présente stratégie a privilégié la démarche participative avec l'implication des différents acteurs du système de santé que je félicite ardemment.

J'exhorte l'ensemble de ces acteurs de développement sanitaire à s'en approprier et à traduire les actions stratégiques définies dans ce document en des activités pertinentes sur le terrain pour l'atteinte des objectifs du plan national de développement sanitaire (PNDS).

La Ministre de la Santé



Professeur Léonie Claudine LOUGUE/SORGHO
Officier de l'Ordre de l'Étalon

RÉSUMÉ

L'objectif stratégique de ce programme budgétaire santé publique 2020-2022 est de « réduire la morbidité et la mortalité par une meilleure prévention, des soins efficaces et un changement des comportements », en offrant des prestations de santé de qualité à la population à tous les niveaux du système de santé. Cette stratégie est placée sous la responsabilité de la direction générale de la santé publique, le directeur général étant responsable du programme budgétaire. Elle contribuera à la mise en œuvre de plusieurs référentiels de développement, dont la politique sectorielle santé, le plan national de développement sanitaire et le plan national de développement économique et social.

La stratégie s'opérera à travers sept actions prioritaires que sont :

- la participation communautaire ;
- la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux endémo-épidémies ;
- l'offre de services de qualité en faveur de la santé de la mère et de l'enfant ;
- la gestion sanitaire des catastrophes ;
- la promotion de la santé et des pratiques nutritionnelles adéquates ;
- l'assurance qualité des produits de santé ;
- l'amélioration de la qualité des analyses de biologie médicale.

D'un coût total de **438 839 486 487** FCFA avec une programmation triennale glissante, la stratégie 2020-2022 du programme est censée apporter une réponse aux problèmes prioritaires de santé publique.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS :

ABBEF	Association burkinabè pour le bien-être de la famille
AVP	Accident de la voie publique
CARFO	Caisse autonome de retraite des fonctionnaires
CEDIM	Centre de Documentation et d'Information sur le Médicament
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMA	Centre Médical avec antenne chirurgicale
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CORUS	Centre d'opérations et de réponse aux urgences sanitaires
DMEG	Dépôt de médicaments essentiels génériques
DGSP	Direction générale de la santé publique
DN	Direction de la nutrition
DPCM	Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles
DPES	Direction de la promotion et de l'éducation pour la santé
DPSP	Direction de la protection de la santé des populations
DPV	Direction de la prévention par les vaccinations
DSF	Direction de la santé de la famille
DRS	Direction régionale de la santé
DS	District sanitaire
EDS	Enquête démographique et de santé
EMC	Enquête multisectorielle continue
ENIAB	<i>Enquête nationale iode et anémie au Burkina Faso</i>
ENN	Enquête nutritionnelle nationale
EPS	Établissement public de santé
MAS	Malnutrition aigüe sévère
MNT	Maladies non transmissibles
MTN	Maladies tropicales négligées
OMS	Organisation mondiale de la santé
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RUOP	Responsables des unités opérationnelles de programme
SRAJ	Santé de la reproduction des jeunes et adolescents
SRMNEA	Santé de la reproduction, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent
TB-RR	Tuberculose résistante à la rifampicine
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
CRGE	Conseil régional de Gestion des épidémies
CPGE	Conseil provincial de gestion des épidémies
WHOPEN	World health organization Package of Essential Non-communicable Diseases

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition du nombre de grossesses en milieu scolaire par région et par année scolaire de 2012 à 2016	19
Tableau II : Synthèse de l'analyse FFOM des déterminants de la santé.....	30
Tableau III : Analyse des défis prioritaires en matière de santé publique.....	53
Tableau IV : Chaîne des résultats de la stratégie	62
Tableau V : Cadre de performance de la stratégie du programme santé publique...	65
Tableau VI : Rôle et responsabilités des acteurs.....	71
Tableau VII : Récapitulatif du budget prévisionnel par action.....	77
Tableau VIII : Bilan des activités de l'année 2018	XV

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Modèle des déterminants de la santé — Dahlgren et Whitehead, 1991 ...	14
--	----

LISTES DES ANNEXES

Annexe 1 : Chronogramme des activités.....	VIII
Annexe 2 : Coût prévisionnel des activités	XI

INTRODUCTION

Le Burkina Faso s'est engagé progressivement depuis l'année 2010 dans une démarche de gestion axée sur les résultats à travers l'approche budget programme en réponse à la directive n° 06/2009/CM/UEMOA, portant loi de finances au sein de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA).

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

Dans le secteur de la santé, l'adoption de cette réforme a abouti à la définition de quatre (04) programmes budgétaires que sont :

- le programme « 055 — Accès aux services de santé », correspondant au programme d'offres 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 stratégie du programme santé publique, animée par la direction générale de la santé publique (DGSP) et dont l'objectif stratégique est de « réduire la morbidité et la mortalité par une meilleure prévention, des soins efficaces et un changement des comportements », a été élaboré avec l'implication de tous les acteurs intervenant dans le système de santé.

L'élaboration de cette stratégie a suivi un processus participatif et inclusif comprenant les étapes suivantes : (i) l'analyse de la situation sanitaire nationale par les responsables du ministère de la Santé, les autres départements ministériels, les partenaires au développement, (ii) l'élaboration d'un premier draft, (iii) l'amendement de ce draft, (iv) la validation du document par toutes les parties prenantes.

Ce document stratégique s'articule autour des quatre (04) parties suivantes :

- l'analyse diagnostique ;
- les éléments de la stratégie ;
- le cadre de mise en œuvre et de suivi évaluation des actions du programme ;
- l'analyse et la gestion des risques.

PARTIE I : ANALYSE DIAGNOSTIQUE

1.1. CONTEXTE

1.1.1. Données générales

❖ Organisation administrative

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes et 8 228 villages. La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées d'une personnalité morale et d'une autonomie financière.

❖ Données géographiques

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso est un pays enclavé qui s'étend sur une superficie de 274 960 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat est de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ 7 mois (d'octobre à avril). Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, de sécheresse, mais aussi à l'harmattan ainsi qu'à une forte chaleur.

❖ Données démographiques

En 2018, les projections donnent une population de 20 244 080 habitants avec un taux d'accroissement de 3,1 % (RGPH 2006).

Les femmes représentaient 51,7 % de cette population. Le taux brut de natalité était de 46 ‰ et l'indice synthétique de fécondité est passé de 6 à 5,4 enfants par femme.

La population est très jeune, la moitié de la population n'ayant pas plus de 16 ans. Cet état de la jeunesse est encore plus prononcé en milieu rural où l'âge médian est de 14 ans contre 20 ans en milieu urbain. Chez les hommes, la moitié n'a pas plus de 13 ans tandis que l'âge médian des femmes est de 16 ans soit 3 ans de plus que celui des hommes.

La population est majoritairement rurale, avec plus de trois quarts (77,3 ‰) résidant en milieu rural contre seulement 22,7 ‰ en milieu urbain.

❖ Données économiques

Avec un produit intérieur brut (PIB) annuel par habitant estimé à 731,2 USD/an (2018), le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés. La croissance du PIB en 2018 est estimée à 6,8 % et elle a été en moyenne de 5,4 % entre 2014 et 2018¹. Selon le rapport sur le développement humain de 2017 du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), le pays occupe le 183^{ème} rang sur 189 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0,42.

Les ambitions de croissance de l'économie burkinabè au cours de ces cinq dernières années ont été contrariées par les crises alimentaires, sécuritaires ainsi que les remous sociaux.

L'économie du pays reste par ailleurs faiblement diversifiée et vulnérable aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externes (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix des produits alimentaires).

Le seuil de pauvreté était estimé à 153 530 FCFA par adulte et par an en 2014. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 40,1 % au niveau national. Il existe des disparités régionales de l'indice de pauvreté allant respectivement de 9,3 % à 70,4 % respectivement pour le Centre (région la plus riche) et pour le Nord (région la plus pauvre).

Le Burkina Faso a pu maîtriser son déficit budgétaire, grâce à la conjonction des efforts d'amélioration du niveau des recettes propres et de maîtrise de celui des dépenses publiques. En effet, la pression fiscale (recettes fiscales/PIB) est de 16,4 % en 2018. Il reste en dessous du seuil minimum de 20 % fixé par l'UEMOA. Par ailleurs, le niveau moyen de l'inflation sur la période 2014 à 2018 est de 0,6 %, ce qui est en dessous de la norme communautaire de 3 %.

Les équilibres extérieurs sont restés fragiles en raison de l'instabilité de l'économie. Toutefois, du fait des efforts déployés pour la promotion des exportations, le déficit commercial est passé de 2,1 % du PIB en 2014 à 0,4 % en 2018.

Selon les projections de croissance attendues de la mise en œuvre du PNDES, le taux de croissance du PIB réel passera de 5,9 % en 2016 à 6,7 % en 2020².

¹ INSD, mars 2019, Comptes nationaux 2018

² Source : Direction générale de l'économie et de la planification (DGEP) du Burkina Faso, décembre 2018

Pour garantir les conditions d'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) durant la première phase du PNDS, le financement des secteurs sociaux était prioritaire.

1.1.2. Organisation du système de santé au Burkina Faso

❖ Organisation administrative

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

- Le niveau central est représenté par le cabinet du Ministre de la santé, le Secrétariat général, les directions générales (04), les directions centrales (23) et les structures rattachées (8). C'est le niveau de conception, d'orientation, et d'élaboration des politiques, des programmes et des plans nationaux de développement en matière de santé.
- Le niveau intermédiaire ou régional est représenté par 13 directions régionales de la santé (DRS). C'est le niveau du suivi et de la mise en œuvre des politiques, des programmes et des plans nationaux de développement en matière de santé.
- Le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires (DS) au nombre de 70 (depuis avril 2011), géré chacun par une équipe-cadre ayant à sa tête un médecin-chef de district (MCD). C'est le niveau opérationnel où sont mis en œuvre les plans et programmes de développement en matière de santé. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé.

❖ Organisation de l'offre de soins

La santé publique s'organise autour de l'offre de soins. Sur le plan opérationnel, les structures publiques de soins comprennent trois sous-secteurs (public, privé et traditionnel) qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est constitué de centre de santé et de promotion sociale au nombre 1896³, de centres médicaux au nombre de 63 et de dispensaires isolés/maternités isolées/infirmierie de garnison au nombre 267. Ce sont les structures sanitaires de base du système de santé. Par ailleurs, en appui aux CSPS, des agents de santé à base communautaire recrutés par l'Etat (deux par village) assurent la mise en œuvre de certaines interventions de santé publique. La transformation des CSPS des chefs-lieux de communes rurales et certains CSPS urbains en Centre Médical Urbain (CMU) est en cours depuis 2013 ou 2014 ;
- le deuxième échelon de soins est constitué du Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) ou hôpital de district au nombre de 45. Il sert de référence pour les CSPS du district. En outre, il existe des Centres médicaux (CM) qui peuvent évoluer vers des Centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA).
 - Le deuxième niveau est représenté par les Centres hospitaliers régionaux (CHR) au nombre de 08. Il sert de référence et de recours aux CMA.
 - Le troisième niveau est constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU) au nombre de 06 dont un à vocation pédiatrique. Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

En plus de ces 03 niveaux de soins, il existe des centres spécialisés qui sont en cours de création (cancérologie, gériatrie, neurochirurgie, médecine physique et de réadaptation). Il existe également d'autres structures publiques de soins tels que les services de santé des armées (SSA), les services de santé de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui relèvent respectivement du Ministère chargé de la défense et de celui chargé de la sécurité sociale.

Le sous-secteur privé (privé professionnel, privé associatif et privé à but lucratif) joue un rôle non négligeable dans l'offre de soins, principalement dans les deux grandes villes, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, qui abritent près de 90 % des structures sanitaires privées. En 2018, on dénombrait plus de 478 structures privées de soins constituées de cliniques, polycliniques, de centres médicaux, de cabinets médicaux, de cabinets dentaires, de CSPS, de cliniques d'accouchement et de cabinets de soins infirmiers.

³ MS, Annuaire statistique 2018

Parallèlement à ce système moderne de soins s'organisent la médecine et la pharmacopée traditionnelle. Selon l'OMS⁴, 80 % de la population mondiale en particulier dans les pays en développement ont recours à la médecine traditionnelle pour leurs soins de base. Au Burkina Faso, la médecine et la pharmacopée traditionnelle s'exercent dans toutes les communautés du pays et constituent le premier recours pour certaines populations en cas de maladie. La médecine traditionnelle est reconnue au Burkina Faso par la loi 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique. Au niveau hospitalier, il existe des interfaces entre les tradipraticiens et le personnel de santé. La construction d'un centre de médecine traditionnelle et de soins intégrés est en cours.

1.2. DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

1.2.1. Morbidité

Le Burkina Faso est en transition épidémiologique avec une importance de plus en plus accrue des maladies non transmissibles qui s'ajoutent au lourd fardeau des maladies transmissibles. Le taux brut de morbidité est estimé à 10 % (EMC, 2015 ; EDS 2010).

En considérant le milieu de résidence, on constate que la morbidité est plus élevée en milieu urbain (12,1 %) qu'en milieu rural (9,3 %). Les régions à fort taux de morbidité sont le Centre-est (13,6 %), le Centre (12,9 %), la Boucle du Mouhoun (12,9 %) et les Cascades (12,4 %). L'analyse en fonction du niveau d'instruction du chef de ménage, montre que les taux les plus élevés se rencontrent chez les individus dont le chef de ménage a un niveau supérieur (13,4 %), suivi par les individus dont le chef de ménage a un niveau secondaire second cycle (12,4 %). Suivant le groupe d'âge, il apparaît que la morbidité est très élevée chez les individus de bas âge à savoir ceux de 0-5 ans (13,4 %), les individus de 40-59 ans (13,7 %) et les personnes âgées de 60 ans et plus (20,0 %).

La charge globale de morbidité, dominée à plus de 70 % par des maladies infectieuses (le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida) reste très élevée. Ce sont les maladies cibles d'élimination d'ici à 2030 conformément aux objectifs du développement durable (ODD).

⁴ OMS, 2002

Concernant le Paludisme, la proportion des cas confirmés était de 96,08 % en 2017 contre 94,1 % en 2016. L'incidence globale de la maladie est en nette augmentation ; elle est passée de 514 ‰ en 2016 à 607 ‰ en 2017. Particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans, l'incidence est passée de 1 439 ‰ à 1 725 ‰ pour la même période. Le paludisme demeure le premier motif de consultation au Burkina Faso.

Pour ce qui est du VIH/SIDA, le rapport de l'ONUSIDA indique une prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population adulte du Burkina Faso, estimée à 0,8 %⁵ en fin 2016, dans un intervalle de [0,7-1]. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 95 000 dont 84 000 adultes et 10 000 enfants de moins de 15 ans. Parmi les adultes, on compte 56 000 femmes. Par ailleurs, on relève 3 400 nouvelles infections avec une incidence de 0.33 [0.21-0.48] pour 1000 habitants et 77 000 enfants orphelins du fait du Sida.

Les données de l'enquête de la sérosurveillance 2017 réalisée chez les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans montrent une prévalence de 1,3 % [1,0-1,5] pour le Burkina. Au sein de la population jeune de 15-24 ans, la prévalence est de 0,8 %.

Si la prévalence de l'infection à VIH semble basse en population générale, elle est par contre élevée dans les populations clés selon les études bio comportementales réalisées en 2017 : 5,4 % au niveau des professionnels du sexe, 4,6 % chez les personnes en situation de handicap, 2,15 % chez les détenus, 1,9 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 1,9 % au niveau du personnel de soins (Rapport ONUSIDA 2017).

En 2018, 92,2 % des femmes enceintes vues en CPN ont été dépistées au VIH, proportion en hausse comparativement à celle de 2017 (84 %) et 2016 (85 %). Toutefois, cette proportion reste en deçà de l'objectif fixé dans le cadre du programme d'élimination de la transmission mère enfant du VIH qui est de 95 %.

Par ailleurs, la proportion d'enfants nés de mères séropositives et testés par la méthode Polymerase Chain Reaction (PCR) en 2018 est de 57,9 %, ce qui est sensiblement la même qu'en 2017 (58 %). La proportion d'enfants dépistés à la PCR est quasi stationnaire, mais reste néanmoins largement en deçà de l'objectif qui est de 95 %.

⁵ Rapport ONU/Sida 2017

Il faut souligner que dans sa quête continue d'élimination de la transmission verticale du VIH, le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, a été substitué par le programme d'élimination de la transmission mère enfant (e-TME) en juin 2017.

Par rapport à la Tuberculose, l'incidence globale⁶ a baissé, passant de 52 cas à 49 cas pour 100 000 habitants de 2016 à 2017. L'enquête nationale de surveillance de la résistance du bacille de la tuberculose aux médicaments antituberculeux réalisée en 2017 a montré une prévalence de la résistance de 2,1 % chez les nouveaux patients atteints de tuberculose et de 14 % chez les patients tuberculeux déjà traités.⁷

En 2018, au niveau national, 5 971 cas incidents de tuberculose toutes formes confondues ont été notifiés. Le nombre de patients confirmés TB-RR au cours de la même année était de 102 cas. Grâce aux efforts consentis à tous les niveaux, le taux de succès au traitement des patients atteints de tuberculose pharmaco sensible est passé de 75,85 % en 2016 à 79,3 % en 2017.

Concernant les hépatites virales, la prévalence de l'hépatite virale B est de 9,1 % et celle de l'hépatite C de 3,6 %. En population générale, les porteurs chroniques du virus de l'hépatite B (VHB) sont estimés à environ 2 millions de personnes et à 720 000 pour le virus de l'hépatite C (VHC). Ces infections sont responsables de pathologies morbides, notamment la cirrhose et le cancer du foie et aussi d'une mortalité estimée à 900 décès par an ⁸. Elles constituent un problème de santé publique au Burkina Faso.

Pour ce qui est du cas des Maladies tropicales négligées (MTN), les seuils d'interruption de la transmission ciblés par l'OMS ont été relativement atteints, traduisant l'évolution de notre pays vers l'objectif de contrôle à l'horizon 2020. En effet, les résultats des enquêtes d'évaluation de la transmission ont permis de révéler les prévalences suivantes : (i) inférieure 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 géo-helminthiases dans la plupart des sites évalués.

⁶ Rapports OMS sur la tuberculose

⁷ Rapport annuel 2018 PNT

⁸ Meda N. et al, 2018

La tendance des nouveaux cas de lèpre est à la baisse (208 en 2016 ; 192 en 2017 ; 183 en 2018). Par contre, le nombre de cas d'infirmité degré 2 dû à la lèpre est en augmentation (44, 49 et 62 cas respectivement en 2016, 2017 et 2018). Au cours de la même période, le nombre de nouveaux cas de lèpre chez les enfants est de 16 cas. Depuis 2016, le Burkina Faso a enregistré des flambées de dengue. En 2018, 4385 cas suspects de dengue ont été enregistrés contre 15 096 en 2017.

A propos de la malnutrition, l'enquête nutritionnelle nationale de 2018 rapporte que l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est de 17,8 %. Selon la même source, la prévalence de la malnutrition chronique est passée de 35 % en 2009 à 25 % en 2018 avec des disparités au sein et entre les régions. Ces disparités varient de 7,3 % dans la région du Centre à 42,2 % dans la région du Sahel en 2018. Selon l'EMC 2015, le faible poids de naissance s'établit à 13,4 %.

Quant aux carences en micronutriments, elles sont caractérisées par des prévalences élevées. Celle de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois est de 83,4 %. Chez les enfants d'âge scolaire, elle est estimée à 68,8 % et chez les femmes enceintes elle est de 72,5 %. Concernant l'iode, la concentration urinaire chez les femmes enceintes est de 73,3 µg/l pour une valeur normale comprise entre 150 et 250 µg/l (ENIAB 2014).

Concernant les maladies non transmissibles (MNT), les prévalences restent élevées pour certaines d'entre elles comme l'attestent les résultats de l'enquête STEPS 2013. En effet, les prévalences de l'HTA et du diabète sont respectivement de 17,6 % et 4,9 %.

En plus de ces maladies courantes, le cancer constitue une préoccupation au niveau national, mais sa prévalence réelle n'est pas connue et on estime à 5 000 le nombre de nouveaux cas attendus par an. Les femmes sont les plus touchées avec 64,4 % des nouveaux cas.

Chez la femme, les types les plus fréquents de cancer sont les cancers du sein, col de l'utérus, de l'ovaire, de l'utérus et du foie. Chez l'homme, les types les plus fréquents sont les cancers de la prostate, du foie, vessie, le cancer colorectal, et celui de l'estomac (GLOBOCAN 2012).

Selon l'annuaire statistique 2016, 7 127 nouveaux cas ont été notifiés. Près de 60 % du budget des évacuations sanitaires sont absorbés par les patients atteints de cancer.

En analysant la morbidité liée aux maladies évitables par la vaccination, on constate une recrudescence des épidémies de rougeole en dépit des bonnes couvertures administratives atteintes par la vaccination de routine. En effet, de 2015 à 2017, on note une récurrence des épidémies de rougeole dans plusieurs districts sanitaires du pays (218 cas dans 3 districts en 2015, 376 cas dans 11 districts en 2016 et 158 cas dans 5 districts en 2017).

Depuis 2015, aucun cas de méningite à *Neisseria meningitidis* (NmA) n'a été notifié. Les résultats des prélèvements analysés au niveau des laboratoires de référence montrent que des cas de méningites à *Haemophilus influenzae* (Hib) ont été enregistrés en 2015 (13 cas), en 2016 (27 cas) et en 2017 (21 cas). En 2017, 2 707 cas de méningites ont été notifiés avec une létalité de 7,7 % (MS, 2017).

Au Burkina Faso, aucun cas de poliovirus sauvage n'a été notifié depuis 2010, ce qui a valu au pays d'être qualifié de « pays libéré du Polio Virus Sauvage » par l'OMS en 2015. Le pays a été certifié avoir éliminé le tétanos néonatal en 2012.

1.2.2. Mortalité

❖ Mortalité générale

Selon l'EDS 2010 et l'enquête multisectorielle continue de 2015, les principaux indicateurs d'impact du Burkina Faso ont évolué de 2010 à 2015 comme suit : (i) le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 129 ‰ à 81,6 ‰ ; (ii) le taux de mortalité néo-natale est passé de 28 % à 23,2 % ; (iii) le taux de mortalité maternelle est passé de 341 à 330 pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle n'a atteint ni l'objectif de 2015 du PNDS 2011-2020 (seuil de 176,7 pour 100 000 naissances vivantes) ni celui des OMD (141,5 pour 100 000 naissances vivantes) et ni celui de la stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) 2011-2016 du Burkina Faso (176,7 pour 100 000 naissances vivantes).

La mortalité générale intra hospitalière a évolué en dents de scie avec une tendance à la hausse (56,4 ‰ en 2016 ; 49,2 ‰ en 2017 et 57,7 ‰ en 2018). Les données du RGPH de 2006 montrent qu'en environ 12 individus meurent annuellement sur 1 000 habitants dénombrés. Selon le sexe, on remarque que le taux brut de mortalité chez les hommes (12 ‰) est sensiblement plus élevé que chez les femmes (11,3 ‰).

Dans le cadre de mesure du rendement du PNDES 2016-2020, on a enregistré un taux de mortalité maternelle intra hospitalière pour 100 000 parturientes, de l'ordre de

134,6 en 2016 et de 119,4 en 2017⁹. Cette tendance est à la baisse, traduisant l'efficacité des actions menées qui devraient être renforcées en vue de l'atteinte de la cible à l'horizon 2020 qui est de 75,8 pour 100 000 parturientes.

❖ *Mortalité spécifique*

L'analyse des causes de la mortalité maternelle intra hospitalière révèle que 38 % des décès sont dus à des causes classées « autres », c'est-à-dire non courantes. L'hémorragie et l'infection représentent 37 % de l'ensemble des causes de décès. Seulement 35,2 % des décès maternels ont été audités.

La létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans est restée quasi stationnaire avec des valeurs respectives de 1,4 % et 1,5 % en 2017 et 2018. Par contre, chez les femmes enceintes, cette létalité est passée de 0,04 % en 2017 et 0,02 en 2018.

La mortalité liée à la tuberculose est passée de 9,5 cas pour 100 000 habitants¹⁰ en 2011 à 8,7 en 2017.

Concernant les cas de décès dus au VIH, les données enregistrées au niveau du PSSLS-IST montrent une baisse entre 2013 et 2015, avec respectivement 1 407 et 634 cas de décès. Entre 2016 et 2017, la situation est presque identique, on note respectivement 636 et 603 décès enregistrés.

Pour la dengue, on a observé une augmentation de la létalité qui est passée de 0,2 % en 2017 à 0,6 % en 2018

Selon les estimations de l'OMS, la proportion de décès liés aux maladies transmissibles est en nette augmentation au Burkina Faso, passant de 57,57 % en 1990 à 64,97 % en 2010. Quant à celle liée aux maladies non transmissibles, elle demeure élevée malgré le fait qu'elle soit passée de 33,69 % à 26,16 %. La mortalité spécifique dans le groupe d'âge des 30 et 70 ans, attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète est passée de 22,6 % en 2000 à 21,7 % en 2016¹¹.

⁹ (Annuaire statistiques 2017 & 2018).

¹⁰ Rapport OMS sur la TB 2018

¹¹ Source: Institut for health metrics and evaluation (IHME), estimation 2016

Le taux de mortalité due aux accidents de la circulation est passé de 27,7 pour 100 000 habitants en 2010 à 28 en 2016¹².

1.2.3. Santé des jeunes et adolescents y compris la santé scolaire et universitaire.

L'OMS définit les jeunes comme la population âgée de 10 à 24 ans¹³. Malgré leur poids démographique important, les jeunes n'ont pas toujours été des cibles prioritaires dans les différentes politiques publiques sociales et notamment dans le domaine de la santé. Du fait de l'insuffisance des données sanitaires spécifiques à cette tranche d'âge, leur état de santé se mesure difficilement. En plus des problèmes communs de santé (morbidité et mortalité élevée à cause des endémies, des épidémies, de la pandémie du VIH/SIDA), les jeunes au Burkina Faso sont confrontés à d'importants problèmes de santé spécifiques liés essentiellement à leurs comportements.

Les jeunes et adolescents constituent un groupe social à risque de carences nutritionnelles, d'infections sexuellement transmissibles, d'affections parasitaires, de grossesses précoces et ou non désirées, d'addictions (alcool, tabac, drogue), d'accidents de la voie publique, etc. Chez l'élève ou l'étudiant, les problèmes de santé peuvent affecter les performances scolaires et le maintien à l'école. Au niveau de la santé scolaire et universitaire, le dépistage de tares et des pathologies pouvant impacter le processus d'apprentissage ne sont réalisés que pour les classes d'examen et dans quelques établissements privés et ce malgré le fait que les visites médicales scolaires ont pour but de dépister les handicaps de la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL), visuels ou psychomoteurs, mais aussi les pathologies contagieuses (tuberculose, VIH, IST, gale...) ou non contagieuses (drépanocytose, diabète, asthme, HTA, cardiopathies, etc.).

Les obstacles à l'utilisation des services de santé par les élèves et les étudiants sont liés à plusieurs facteurs dont entre autres :

- la faible accessibilité géographique et financière aux soins et services de santé ;
- l'existence de barrières psychologiques (peur de stigmatisation) ;

¹² OMS, 2017, sécurité routière

¹³ Guiella G. 2004. *Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso : Un état des lieux*, Occasional Report, New York : The Alan Guttmacher Institute, N°12. 37 p.

- l'inadaptation des horaires de consultations au niveau des centres pour jeunes ;
- les comportements inadéquats des agents de santé (manque de confidentialité, neutralité) ;
- l'insuffisance de prestataires de soins qualifiés et en nombre suffisant ;
- la faible disponibilité des médicaments de première nécessité et du matériel médicotechnique ;
- le manque de coordination intersectorielle dans la gestion des problèmes de santé des jeunes.

Le Burkina Faso dispose d'un plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents, des jeunes et de la personne âgée (SRMNIA-PA) 2017-2020. Néanmoins, la mise en œuvre effective est confrontée à l'insuffisance de financement. Certains programmes et stratégies devraient cibler aussi les 6 à 9 ans et les 10 à 24 ans notamment : la prévention du tétanos, la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les jeunes filles pour les protéger du cancer du col de l'utérus, la vaccination contre la méningite et contre l'hépatite B, le dépistage des IST et du VIH/SIDA, les visites médicales systématiques et périodiques au niveau scolaire et universitaire.

1.2.4. Facteurs influençant la santé

L'analyse des facteurs influençant la santé est basée sur le schéma de Dahlgren et Whitehead¹⁴ (Figure 1) dont modèle est en cohérence avec les composantes des soins de santé primaires qui sont les fondements de la politique nationale de santé au Burkina Faso.

¹⁴ Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health? The lancet, 1991, n ° 338: p. 1059–1063

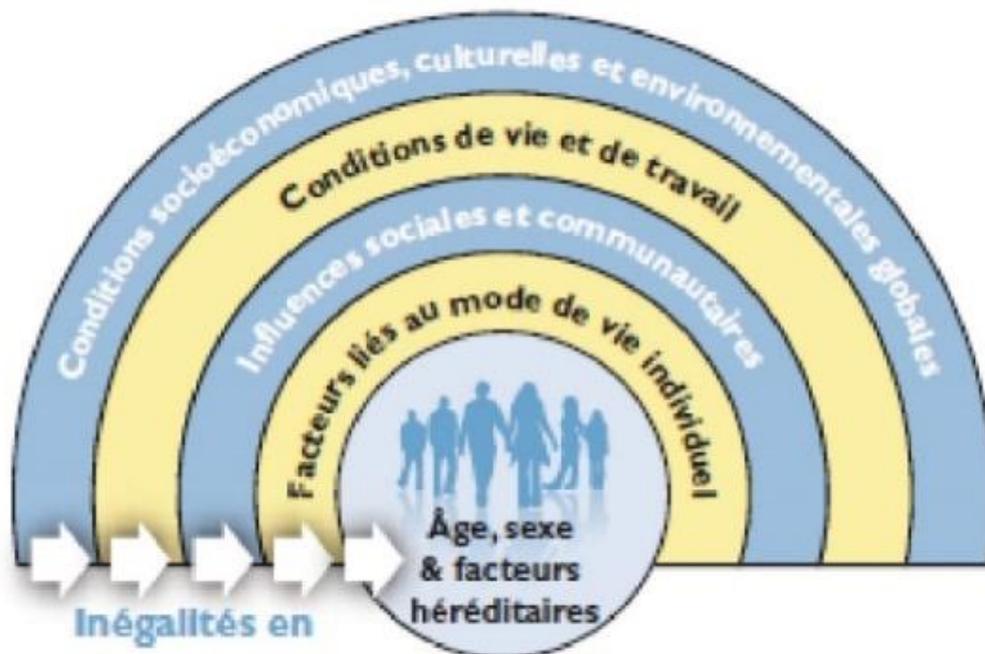


Figure 1 : Modèle des déterminants de la santé — Dahlgren et Whitehead, 1991

Ce cadre décrit les déterminants de la santé des individus selon différentes strates successives, résumant ainsi l'importance des facteurs liés au milieu de vie. Le modèle de Dahlgren révèle que les inégalités sociales de santé sont le résultat d'interactions entre les différents niveaux¹⁵ : caractéristiques biologiques des individus ; (ii) comportements et styles de vie personnels ; (iii) influence des groupes sociaux ; (iv) facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, services de santé...) ; (v) conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société.

❖ **Caractéristiques biologiques des individus**

- Facteurs héréditaires

Il existe de nombreuses maladies génétiques, mais elles sont sous-notifiées au Burkina Faso ou on note une insuffisance de moyens diagnostics. La maladie génétique la plus connue dans le pays est la drépanocytose. Bien que les données disponibles soient parcellaires et ne concernent pas tout le pays, on estime que sur

¹⁵ Basset B., INPES, 2008

100 000 nouveau-nés, 600 sont drépanocytaires homozygotes SS, 1 150 doubles hétérozygotes SC et 7 150 sont des porteurs du trait drépanocytaire (AS)¹⁶. L'étude de l'influence de ces facteurs sur la santé reste insuffisante, ce qui limite la prise en charge efficace des maladies liées aux caractéristiques biologiques de l'individu.

On note également que l'albinisme, anomalie génétique, est mal perçu au Burkina Faso. Les albinos sont victimes de préjugés et stigmatisations qui peuvent être source de traumatisme psychologique. Le recensement général des enfants handicapés en 2013 a permis de dénombrier 1 680 enfants albinos.

Le bilan prénuptial s'inscrit en droite ligne de la prévention des maladies héréditaires, cependant les actions de promotion en faveur de ce bilan restent insuffisantes. Il demeure donc important que les futurs couples aient accès à l'information appropriée en vue de prévenir les risques de maladies héréditaires.

- *Sexe*

Le sexe peut constituer un facteur de risque de maladie. À titre d'exemple, l'hémophilie touche essentiellement les garçons, dès la naissance. Au Burkina Faso, les statistiques sont parcellaires et peu représentatives dans ce domaine.

- *Age*

Bien que la prise en charge des enfants âgés de moins de cinq ans et de la femme enceinte ait connu une avancée avec l'adoption de la politique de la gratuité des soins au cours de ces dernières années, des efforts restent à faire en ce qui concerne les actions en faveur de la santé de la personne âgée. En effet, les maladies des personnes âgées sont souvent chroniques, nécessitant un suivi médical et un traitement au long cours. La construction, en cours, de centres spécialisés de gériatrie constitue une opportunité d'amélioration de la prise en charge des maladies des personnes âgées. Un plan stratégique de santé des personnes âgées 2016-2020 a été élaboré et adopté, mais a connu une insuffisance dans sa diffusion et sa mise en œuvre due au manque de financement.

¹⁶ Guide national de prise en charge de la drépanocytose, 2015, BF

❖ Comportements et styles de vie personnels

Du fait de comportements inappropriés, les populations peuvent être exposées à des problèmes de santé. Au titre de ces comportements, on peut citer le non-respect des consignes de sécurité routière, de la consommation abusive des substances addictives, de la sexualité à risque, de l'inactivité physique et des habitudes alimentaires non adéquates.

○ *Non-respect des consignes de sécurité routière*

Au Burkina Faso, les accidents de la route sont devenus un problème de santé publique. Selon l'Office national de la sécurité routière (ONASER), entre 2014 et 2017, le Burkina Faso a enregistré 57 138 cas d'accidents de la circulation parmi lesquels on dénombre 46 883 blessés et 2 756 décès. Les causes les plus fréquentes de la survenue de ces accidents sont : (i) l'excès de vitesse, (ii) le non-respect du Code de la route, (iii) la baisse de vigilance de l'utilisateur liée à l'utilisation de téléphone ou à un état d'ébriété, (iv) le mauvais état des routes. Ces causes sont soutenues par la faible appréhension des conséquences du non-respect des consignes de sécurité routière par les usagers, l'absence de contrôle à l'alcootest ainsi que l'insuffisance de sanction des contrevenants. Par ailleurs, le faible usage du casque de protection et de la ceinture de sécurité est facteur aggravant des conséquences mortelles des accidents. Pour venir à bout de ce fléau, un plan national de sécurité routière 2011-2020 a été élaboré et ambitionne de réduire de moitié, les cas d'accidents. Ce plan devrait prendre en compte, la mise en place d'un dispositif de collecte exhaustive des données sur les accidents de la voie publique (AVP).

○ *Non-respect des consignes de santé et sécurité au travail*

Il existe une faible couverture nationale des services de santé au travail. Cela s'explique en partie par une insuffisance en infrastructure et en ressources humaines qualifiées.

Aussi, les risques professionnels (accidents de travail et maladies professionnelles) sont peu déclarés. En outre, la nature informelle de certaines activités professionnelles et le faible niveau d'information des travailleurs exposent à l'ignorance et au non-respect de consignes de santé et sécurité au travail.

- *Consommation abusive de substances addictives*

L'importance des addictions de toutes sortes (alcoolisme, tabagisme, usage de stupéfiants chez les jeunes) ne cesse d'amplifier l'émergence des maladies non transmissibles au Burkina Faso.

La consommation de substances addictives constitue une sérieuse menace pour la santé des jeunes et des adolescents dans le pays. En effet, l'alcoolisme est presque devenu un mode de vie qui entraîne une baisse des capacités contributives de la jeunesse au processus de développement socioéconomique.

Les alcools frelatés couramment appelés « alcools durs » sont consommés sans modération dans les zones rurales et périurbaines. Les résultats de l'enquête STEPS réalisée en 2013 indiquent une prévalence de consommation habituelle de l'alcool à 27,4 % en population générale. La consommation d'alcool non répertorié¹⁷ représenterait 43,3 % chez les jeunes en milieu scolaire.

En l'absence de stratégie nationale de réduction de la consommation nocive d'alcool, les actions qui sont menées sur le terrain sont peu structurées et peu efficaces.

Les drogues et autres substances nocives sont absorbées par les adultes, les jeunes et les adolescents à travers un narcotrafic dévastateur soutenu par des réseaux peu traçables. Le phénomène de consommation de ces substances nocives prend de plus en plus d'ampleur en milieux scolaire et universitaire. Une étude¹⁸ ayant enrôlé un total de 3 301 élèves dont l'âge moyen était de 15 ± 3 ans et dont les filles représentaient 55,5 %, a révélé que de manière générale, l'alcool est la substance la plus expérimentée par les élèves (34,14 %), suivi du tabac (10,16 %). Les somnifères et les tranquillisants étaient consommés dans 5,12 % des cas, les autres substances dans 7,1 % des cas et le cannabis dans 1,73 % des cas.

Le tabagisme passif qui une atteinte à la liberté et au droit d'autrui devrait retenir plus d'attention. Selon les résultats de la même étude, la prévalence de la consommation de tabac (fumé et non fumé) était de 19,8 % dans la population des 25 à 64 ans. Celle de l'exposition à la fumée du tabac est élevée chez les hommes comme chez les femmes, aussi bien à domicile (36,3 %) que sur le lieu de travail (22,6 %).

¹⁷ Alcools non répertoriés : alcool brassé à la maison, alcool illégalement fabriqué, alcool illégalement importé d'un autre pays, alcool non destiné à la consommation.

¹⁸ Leaticia NIKIEMA et al (2012) ; Consommation des psychotropes en milieu scolaire, au Burkina Faso : Prévalences et facteurs de risque.

La lutte contre ces addictions souffre d'une insuffisance de collaboration intersectorielle, d'une faible application des textes réglementaires et législatifs et d'une offre inadaptée de la prise en charge.

- *Sexualité à risque*

Au niveau comportemental, la sexualité responsable ou l'usage du préservatif pour combattre les infections sexuellement transmissibles (IST) n'est plus de pratique courante, constituant ainsi des facteurs de risque qui peuvent affecter le niveau de prévalence du VIH. Selon l'EDS 2010, chez les 15-49 ans, seulement 38,1 % des hommes et 29,7 % des femmes ont une connaissance approfondie du VIH.

L'enquête révèle que 16,2 % des hommes de 15-49 ans ont eu au moins deux partenaires sexuelles au cours des douze 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. Par ailleurs, 5 % des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels payant au cours des douze derniers mois et parmi eux, seulement 33 % ont déclaré avoir utilisé un préservatif.

Selon la même source, indépendamment du sexe, le niveau de prévalence augmente avec le nombre de partenaires sexuels que les enquêtés ont eu au cours de leur vie. Ainsi, de 0,9 % chez les femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel, la prévalence du VIH passe à 4,9 % chez celles qui en ont eu 5 à 9.

Chez les hommes, la prévalence passe de 0,9 % pour ceux ayant eu deux partenaires sexuelles à 2,3 % parmi ceux qui en ont eu au moins dix. On constate enfin que la prévalence est nettement plus élevée chez les hommes qui ont eu des rapports sexuels avec une professionnelle du sexe que chez les autres (5,4 % contre 0,8 %).

En octobre 2016, les structures du ministère en charge de l'économie et de la planification a réalisé une collecte de données sur les grossesses en milieu scolaire. Sur l'ensemble des données disponibles et dans les ordres d'enseignement (primaire, post-primaire et secondaire), on a dénombré au total 5 116 cas de grossesses au cours des quatre années scolaires qui ont précédé, excepté la région du Nord.

L'intervalle d'âge concerné par ces grossesses va de 11 à 26 ans. La plus petite classe concernée par le phénomène des grossesses non désirées est la deuxième année du cour élémentaire 2 (CE2) et le niveau d'étude le plus élevé est la terminale.

Pour l'ensemble des données disponibles par niveau d'étude, les élèves de la classe de troisième sont les plus concernées par le phénomène. La région du Sud-ouest a enregistré le plus grand nombre de grossesses non désirées en milieu scolaire (26 %). Ensuite suivent les régions de la Boucle du Mouhoun (14 %), du Centre-Ouest (11 %) et du Centre-Est (10 %). Ces quatre régions concentrent à elles seules 61 % des cas de grossesses.

Les données disponibles sur les grossesses en milieu scolaire montrent une situation préoccupante au regard des cas observés chaque année. En effet, entre 2012 et 2016, on a dénombré en moyenne 1 300 cas de grossesses par année scolaire comme le montre le tableau I ci-dessous.

Tableau I : Répartition du nombre de grossesses en milieu scolaire par région et par année scolaire de 2012 à 2016

Régions	Année scolaire				
	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	TOTAL
Boucle du Mouhoun	218	186	305	-	709
Cascades	15	39	40	-	94
Centre	-	168	-	84	252
Centre-Est	171	199	142	12	524
Centre-Nord	38	17	26	-	81
Centre-Ouest	112	10	6	452	580
Centre-Sud	16	73	126	-	215
Est	221	44	47	112	424
Hauts-Bassins	20	38	12	176	246
Nord	7	14	65	-	86
Plateau Central	163	99	83	-	345
Sahel	77	84	14	94	269
Sud-Ouest	403	349	358	267	1 377
TOTAL	1 461	1 320	1 224	1 197	5 202

Ces données illustrent bien une insuffisance d'actions de promotion de la santé en milieu scolaire.

- *Inactivité physique*

L'enquête STEPS 2013 indique que la prévalence de l'inactivité physique est plus élevée en milieu urbain (38,4%) qu'en milieu rural (25,7%). Les résultats de l'enquête ont révélé également que 30,1% des individus ne pratiquent aucune activité physique au travail (27,8% chez les hommes et 32,2% chez les femmes) ; aussi 15,2% des individus ne pratiquent pas d'activité physique lors de leur déplacement. Durant les périodes de loisir, 90,3% des individus ne pratiquent aucune activité physique (85,6% chez les hommes et 94,5 % chez les femmes). La faible propension des populations à la pratique de l'activité physique pourrait être expliquée en partie par l'inadaptation des chaussées urbaines à la pratique du sport, l'insuffisance des aires de sport en milieu de travail et communautaire et aussi la faible perception des bienfaits du sport sur la santé.

- *Pratiques et habitudes alimentaires non adéquates*

Selon l'enquête nutritionnelle nationale 2018, 59,5% des enfants ont été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance, 55,8% des enfants ont été exclusivement allaités et 70,8% des enfants enquêtés ont reçu une alimentation de complément selon l'âge recommandé (entre 6 et 8 mois). Cependant, seulement 18,0% des enfants de 6 à 23 mois ont une alimentation minimum acceptable et la base de l'alimentation est constituée essentiellement de céréales (71%) et est pauvre en protéines animales (0,6%).

Par ailleurs, si l'enquête a montré que 50,4 % des ménages enquêtés ont un score de consommation alimentaire acceptable, seulement 15,2% des femmes en âge de procréer ont une diversité alimentaire minimum. Chez les femmes en âge de procréer, la consommation est également dominée par les céréales (99,8%).

En ce qui concerne la consommation de fruits et légumes, selon le rapport de l'enquête STEPS 2013, 56% de la population ne consomment ni fruit ni de légume. Le nombre moyen de jours de consommation est de 1,5 jour pour les fruits et 2,7 jours par semaine pour les légumes. Le nombre moyen de portions consommées par jour est de 0,6 par jour pour les fruits et de 0,8 par jour pour les légumes. Seulement, 5% de la population consomme au moins cinq portions de fruits et/ou légumes par jour.

La faible promotion de la consommation des aliments locaux limite leur utilisation au profit des produits exotiques. Par ailleurs, les rations alimentaires n'incluent pas la

consommation des fruits et légumes aux niveaux préscolaire et scolaire. Dans les cantines scolaires au Burkina, la ration alimentaire est composée de céréales, de haricot et d'huile.

En population générale, il existerait une consommation accrue d'aliments riches en sucre, en sel et en matière grasse. Même si les données populationnelles sur les comportements alimentaires ne sont pas disponibles à l'échelle nationale, il convient de noter que cette situation de consommation excessive pourrait être en lien avec la prévalence élevée du surpoids (13,4%), de l'obésité (4,5%) et de l'hypercholestérolémie (3,5%).

- *Automédication*

Les facteurs favorisant la pratique de l'automédication sont multiples parmi lesquels on peut citer de manière empirique : la faible accessibilité aux soins de santé, les croyances socioculturelles, la vente en pharmacie des médicaments qui pouvant être délivrés sans ordonnance médicale, la présence de cas de maladie chronique dans la famille, l'appartenance à une famille nombreuse, les longues files d'attente, les médias et les publicités.

Les effets néfastes l'automédication sont nombreux et elle peut dans certains, retarder la prise en charge voire aggraver la maladie.

❖ **Influence des groupes sociaux**

Au Burkina Faso, il n'existe pas d'étude spécifique qui apprécie l'influence des groupes sociaux sur les individus. Toutefois, on estime que le groupe social exerce une forte pression sur l'attitude et le comportement de ses membres. Le pays compte une soixantaine d'ethnies, de nombreuses confessions religieuses et autorités coutumières.

Les principales religions sont l'islam, le christianisme et l'animisme. Ces communautés ont une grande influence sur leurs membres respectifs. Malheureusement, certaines communautés entretiennent de fortes pesanteurs culturelles ou confessionnelles et diffusent des perceptions souvent erronées sur des interventions en santé.

Au niveau des jeunes et adolescents, et de certaines populations clés (détenus, hommes ayant le sexe avec d'autres hommes, travailleuses du sexe,

consommateurs de drogues injectables, etc.), il existe des comportements pouvant les exposer à des maladies comme le VIH/SIDA et les hépatites virales.

❖ **Conditions de vie et de travail et accès aux services essentiels**

○ *Sécurité alimentaire*

Selon le rapport du comité de prévision de la situation alimentaire (CPSA¹⁹), l'analyse de l'autonomie céréalière indique qu'au niveau national, 46,6 % des ménages ruraux agricoles ne seront pas à mesure de couvrir leurs besoins céréaliers avec leur seule production de la campagne 2018-2019. Par ailleurs, suivant le taux de couverture des besoins céréaliers, 17 provinces seraient déficitaires, 10 provinces en équilibre et 18 provinces excédentaires.

L'analyse de la vulnérabilité alimentaire avait fait ressortir que de juin à août 2019, deux (2) provinces (Oudalan et Soum) seraient en situation de « crise » si aucune intervention n'était réalisée et 24 provinces seraient « sous pression ». Au cours de cette période, environ 3 745 200 personnes, réparties dans toutes les régions, seraient sous stress et 676 200 personnes, réparties principalement dans les régions du Sahel, du Centre-Nord et du Nord, pourraient tomber en insécurité alimentaire sévère dont 24 283 en "phase urgence". Ces dernières auront besoin d'assistance adaptée et immédiate en nutrition, en santé, en accès alimentaire et en protection des moyens d'existence.

Selon l'enquête nationale nutritionnelle²⁰, le score de consommation alimentaire qui est un indicateur composite entre la diversité alimentaire et la fréquence de consommation des groupes d'aliments au cours des sept derniers jours est passé de 48,3 en septembre 2017 à 45,2 en septembre 2018 soit une baisse de 3,1 points. Cette baisse est constatée dans trente-huit provinces sur les quarante-cinq que compte le pays. Il ressort que 5% des ménages présentent une consommation alimentaire pauvre, 29% une consommation alimentaire limitée et 66% une consommation alimentaire acceptable.

○ *Éducation*

En 2017, selon l'annuaire statistique du ministère en charge de l'éducation, le taux brut de scolarisation au préscolaire était de 3,9%. Au primaire ce taux atteignait un

¹⁹ Rapport CPESA 2018

²⁰ ENN, SMART 2018

niveau de 88,5% avec un taux d'achèvement scolaire de 60,3%. Au post-primaire, le taux d'achèvement était de 11,2%. Le taux d'alphabétisation des populations de 18 ans et plus est de 29,5%²¹ ce qui indique que plus des 2/3 de la population ne savent ni lire ni écrire aussi bien en français que dans les langues nationales. Cette situation ne favorise pas les activités de promotion de la santé.

- *Accès au logement décent*

En 2014, un peu plus de 7 ménages sur 10 habitaient dans les zones non loties, dont 39,5% en milieu urbain et 92% en milieu rural. Ces ménages connaissaient un faible taux d'accès à l'assainissement, une précarité des logements et un faible accès à l'eau potable et à l'électricité pouvant ainsi créer des conditions défavorables à la santé.

²¹ Enquête multisectorielle continue, 2014

- *Services de santé*

Le rayon moyen d'action théorique des structures sanitaires publiques, qui traduit la distance moyenne théorique parcourue par la population pour accéder à une formation sanitaire de base, est resté pratiquement le même entre 2017 et 2018 (respectivement 6,5 km et 6,4 km) pour une cible fixée à 5km²².

Les ratios des ressources humaines en santé par habitant s'établissent comme suit : (i) un médecin pour 12 000 habitants (norme : un médecin pour 10 000 habitants) ; (ii) un pharmacien pour 83 898 habitants (norme : un pharmacien pour 5 000 habitants) ; (iii) un infirmier pour 3 281 habitants (norme : un infirmier pour 5 000) ; une SF/ME pour 5 510 habitants (norme : une SF/ME pour 5000 habitants). Toutefois, ces ratios cachent des disparités en termes de répartition dans la cartographie des structures sanitaires. On note une forte concentration d'agents de santé en milieu urbain notamment Ouagadougou et Bobo Dioulasso.

En matière de disponibilité des médicaments, on note que le pourcentage de dépôt de médicaments essentiels génériques (DMEG) n'ayant pas connu de rupture des médicaments traceurs est en régression (13% en 2018 contre 14,2% en 2017). Cette tendance est positivement inversée pour ce qui concerne la proportion de laboratoires n'ayant pas connu de rupture des examens traceurs qui est en constante hausse, passant de 66,66% en 2016 à 80,70% en 2017.

Le taux moyen de satisfaction en 2018 pour l'ensemble des demandes de produits sanguins labiles (PSL) était de 77,15% pour une cible fixée à 75% dans les centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS). Les enfants de 0 à 5 ans et les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) constituent les premiers bénéficiaires des PSL et représentent 63,30% des receveurs (PNDS 2016-2020).

En 2017²³, les prestations de soins couvertes par la gratuité étaient de 16 412 192. Ces prestations sont relatives aux accouchements par voie basse (715 669), aux césariennes (21 520), aux soins curatifs et préventifs offerts aux femmes enceintes (4 836 395), à la prise en charge des épisodes de maladies chez les enfants de 0-5 ans (10 815 307) et au dépistage de lésions précancéreuses du col de l'utérus (23 301).

²² MS, Annuaire statistique 2018

²³ MS, Annuaire statistique 2017

Dans le domaine de la prise en charge de la malnutrition, il a été enregistré en 2017, des taux de guérison des malnutris aigus sévères (MAS) de 90,1% et 86,9%, respectivement en PEC ambulatoire et en hospitalisation.

Le taux de couverture vaccinale en DTC-Hep-Hib3 est de 100% en 2017 et celui de RR2 est de 80% pour une cible de 100%. Il convient de relever l'insuffisance dans la maîtrise des données populationnelles et l'insuffisance de rapportage.

Dans le domaine de la planification familiale, le couple-année de protection est passé de 24,8 en 2016 à 27,1 en 2017. Le taux de rupture en produits contraceptifs a connu une régression, passant de 17,4% en 2016 à 13,9% en 2017.

Dans la perspective du renforcement de l'approche communautaire, 17 668 agents de santé à base communautaire (ASBC) ont été recrutés, formés et équipés pour couvrir les 8 950 villages. Les ASBC disposent d'un paquet d'activités préventives, curatives et promotionnelles. Toutefois, la couverture des populations en ASBC n'est pas totale dans la mesure où les zones urbaines n'ont pas été concernées par le recrutement. La proportion des femmes ASBC est très faible (35%) alors que la mise en œuvre de certaines stratégies de santé requiert des ASBC de sexe féminin dans les contextes culturels actuels. Les Organisations à base communautaires appuient la mise en œuvre des activités éducatives de soutien au système de santé. Dans le cadre de la nouvelle vision du ministère de la santé (2017), la mise en place des postes de santé communautaire, animés par des agents itinérants de santé, permettra un développement des soins de santé primaires. La stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023 et un plan opérationnel de mise en œuvre de cette stratégie ont été élaborés.

❖ **Conditions économiques, culturelles et environnementales**

○ *Conditions économiques*

Au plan économique, le taux de croissance annuel du produit intérieur brut (PIB) est de 6,8% en 2018 contre 5,2% en 2014, avec un PIB par habitant de 731 dollars US. Le pourcentage de la population vivant en dessous de ce seuil est de 44% au niveau national.

Avec un Indicateur sexo spécifique de développement humain (ISPH) à 0,335 en 2004, la pauvreté au Burkina Faso présente un visage féminin avec toutes les conséquences possibles quand on sait que la population totale est à 51,8% féminine.

Cette pauvreté est plus marquée en milieu rural et affecte particulièrement les femmes (47,1%). Ces écarts détermineraient la persistance des inégalités d'accès aux soins de santé. Plusieurs maux minent la société à savoir les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement, le faible accès à l'eau potable et le chômage. En effet, le taux de chômage d'ensemble était de 14,1 % en 2014 sans grande différence selon le milieu de résidence (urbain 13,0 et rural 14,5 %).

- *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 (13,3% selon l'EDS 2010) et le mariage précoce qui impactent négativement la santé sexuelle et reproductive.

La pratique de l'excision affiche une tendance à la baisse parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans (76,6% en 2003, 75,8% en 2010 et 67,6% en 2015), elle reste relativement stationnaire chez les petites filles âgées de moins de cinq ans (4,7% en 2010 contre 4,5% en 2015)²⁴. L'analyse des tendances révèle une baisse de l'âge à l'excision.

L'entrée en union est très précoce au Burkina Faso. L'âge médian d'entrée en union chez les femmes est de 17,8 ans et de 25,5 ans chez les hommes selon l'EDS IV. Le mariage d'enfants touche de manière disproportionnée les filles par rapport aux garçons avec 28,5% des filles de 15-19 ans en union contre 1,1% des garçons de même âge (EDS-IV, 2010).

Par ailleurs, certaines pratiques culturelles retardent le début des consultations prénatales, influencent l'alimentation et la nutrition et limitent l'utilisation des méthodes contraceptives.

- *Conditions environnementales*

La pollution de l'environnement est une réalité au Burkina Faso. Au niveau de l'environnement physique, le constat est que l'insalubrité est prononcée dans les villes et les campagnes. Les travaux d'intérêt commun qui comprennent le nettoyage, la collecte et l'élimination des déchets urbains ne retiennent pas suffisamment

²⁴ EMC-MDS, 2015

l'attention des collectivités territoriales, de la société civile, des communautés et des familles.

En milieu de soins, malgré les différentes stratégies et actions mises en œuvre par le ministère de la santé, on note une insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux en ce qui concerne le tri, la collecte, le stockage, le transport, l'élimination ainsi que le suivi et l'évaluation de ces activités ; Cette situation constitue une menace pour la sécurité des patients, des prestataires, des riverains, et expose à des risques environnementaux.

Concernant les nuisances telle que la pollution atmosphérique, le pays est en proie à des difficultés. En effet²⁵, une étude sur la qualité de l'air qui a été conduite dans la ville de Ouagadougou en 2007 a révélé que les concentrations pour les polluants mesurés (dioxyde de soufre SO₂, oxydes nitreux NO, poussières en suspension, dioxyde de carbone CO₂) ont affiché des valeurs préoccupantes. Les poussières émises restent la pollution principale de la ville avec une concentration moyenne journalière de 176µg/m³ et des pics pouvant atteindre 600µg/m³ contre une norme OMS de 70µg/m³. Cette pollution est responsable d'environ 15% d'augmentation des maladies respiratoires. Peu d'actions sont entreprises pour réduire la pollution de l'air. Les autres nuisances physiques sont liées à l'utilisation des téléphones et à l'exposition aux bruits, surtout dans les grandes villes (nuisances sonores).

La qualité de l'eau est souvent menacée. La pollution environnementale est aggravée par les diverses agressions dues à l'utilisation de pesticides et de produits d'exploitation minière artisanale (cyanure) et industrielle.

Pour ce qui concerne les ouvrages d'assainissement des eaux usées et excréta, leur réalisation a connu un essor ces dernières années avec la mise en œuvre de la politique et des stratégies en matière d'assainissement. Toutefois, on note une faible utilisation et un mauvais entretien de ces ouvrages aussi bien au niveau des ménages que dans les lieux publics (écoles, centres de santé, marchés, gares).

En effet, le taux d'accès à l'assainissement familial est de 13,7%. Plus de 20% des latrines sont mal entretenues dans les familles en milieu rural. La proportion de

²⁵ Direction générale de l'amélioration du cadre de vie (DGACV), Etude sur la qualité de l'air à Ouagadougou, 2007

villages et quartiers certifiés « Fin de défécation à l'air libre (FDAL) » est seulement de 1,9%²⁶.

La gestion des eaux pluviales est lourdement compromise par l'insuffisance des ouvrages d'assainissement autonomes et collectifs et l'incivisme des riverains qui font des caniveaux collecteurs, des dépotoirs d'ordures.

Les phénomènes anormaux liés au changement climatique avec son cortège d'effets néfastes rendent le secteur de la santé encore plus vulnérable avec son cortège d'effets néfastes. Une évaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation du secteur de la santé au changement climatique a été réalisée en 2016 et il faut noter que les recommandations formulées sont en cours de mise en œuvre.

La présence de maladies humaines provenant d'animaux ou liés à l'environnement dénote de l'existence de liens entre le secteur de la santé et d'autres secteurs. Les statistiques issues de ces inters relations ont convaincu les pays ouest-africains de la nécessité de s'engager dans l'approche *One Health* en vue d'une sécurité mondiale suivant les recommandations de l'OMS. Les statistiques suivantes montrent l'urgence de la question : 60% des maladies infectieuses humaines existantes sont zoonotiques ; 75% des nouvelles maladies infectieuses humaines, y compris la maladie à virus Ebola, le VIH et la grippe ont une origine animale ; 80% des agents potentiellement utilisables dans le bioterrorisme sont des agents pathogènes zoonotiques.

Le secteur de santé subit les mêmes chocs que les autres secteurs de développement du fait de la survenue d'attaques terroristes depuis 2015 dans le pays. Cette situation, au-delà de l'exigence d'adaptation de la stratégie d'offre de soins et services, impacte l'existence des communautés en termes de déplacement et de précarité de vie (soins de santé et accès aux autres services sociaux de base).

1.2.5. Analyse des déterminants de la santé avec l'outil FFOM

L'analyse du champ de la santé publique par composantes selon les déterminants de la santé permet d'identifier des forces qui peuvent constituer un levier pour le développement ainsi que des faiblesses qui pourraient limiter les performances. En outre, des opportunités ont été identifiées et sont susceptibles de contribuer à

²⁶ Rapport PN-AEPA 2016

l'efficacité du programme. Toutefois, le domaine de la santé publique fait face à certaines menaces qui peuvent annihiler les efforts de développement. Ces forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) sont résumées dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Synthèse de l'analyse FFOM des déterminants de la santé

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Caractéristiques biologiques des individus</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Facteurs héréditaires</i> ○ <i>Sexe</i> ○ <i>Age</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté politique - Mise en place d'un projet pilote de prise en charge (PEC) de la drépanocytose dans la région de la Boucle du Mouhoun - Existence d'un centre de PEC des complications osseuses de la drépanocytose - Existence d'une réglementation sur le bilan biologique pré-nuptial prenant en compte le dépistage de la drépanocytose - Prise en compte de la Drépanocytose dans le plan stratégique intégré MNT - Existence d'ONG et 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de données populationnelles sur les maladies héréditaires au niveau national - Insuffisance de l'exploration de l'influence des caractéristiques biologiques sur la santé - Insuffisance de la PEC de l'hémophilie - Insuffisance de la mise en œuvre de la réglementation relative au bilan pré-nuptial - Insuffisance de formation des prestataires de soins - Absence de directives spécifiques sur la prise en charge de certaines maladies héréditaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'associations de lutte contre l'hémophilie et contre la drépanocytose - Existence de recherche scientifique internationale sur la question - L'implication des ONG et associations (Principauté de Monaco, Fondation Pierre Fabre) - Existence d'une structure associative de PEC de l'hémophilie - Construction de centres spécialisés de gériatrie - Existence de textes 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance financière vis-à-vis des PTF - Survenue de catastrophes naturelles - Insécurité - Instabilité institutionnelle

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<p>associations (Principauté de Monaco, Fondation Pierre Fabre)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un projet de diagnostic néo natal appuyé par le projet Pierre Fabre - Existence d'un guide de PEC de la drépanocytose - Existence de mesures de gratuité pour le couple mère enfant - Existence d'un plan stratégique de santé des personnes âgées 2016-2020 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible niveau de connaissances des populations sur les maladies héréditaires - Non prise en compte de l'hémophilie et de l'albinisme dans le plan MNT - Insuffisance de ressources humaines pour la prise en charge des maladies héréditaires - Absence de directives de prise en charge des complications de l'albinisme - Absence d'outils harmonisés de collecte sur les maladies héréditaires (drépanocytose, albinisme, hémophilie) 	<p>législatifs relatifs aux violences basées sur le genre</p>	

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Comportements et styles de vie personnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Consignes de sécurité routière</i> 		<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la réalisation et la qualité des visites médicales pour les permis de conduire 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un plan national de sécurité routière 2011-2020 - Existence de mesures répressives et d'un décret ayant révisé à la hausse, les montants des contraventions pour la circulation routière - Mise en place des Volontaires adjoints de sécurité (VADS) - Promotion d'établissement de permis de conduire au profit de la jeunesse - Existence de mesures répressives en cas d'incivisme liée à la circulation routière - Réintroduction des cours d'éducation civique dans les 	<ul style="list-style-type: none"> - Corruption - Exiguïté et mauvais état des routes - Incivisme routier grandissant - Faible application du contrôle technique des véhicules et automobiles - Faible connaissance des usagers de la route sur les consignes de sécurité routière - Absence de contrôle des conducteurs de véhicules et motocyclettes à l'alcootest

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
			<ul style="list-style-type: none"> curricula de formation des élèves - Existence d'un office national de sécurité routière 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance du port de casque de protection - Insuffisance de sanction des contrevenants au Code de la route - Absence d'un dispositif de collecte exhaustive des données sur les AVP
<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Consommation de substances addictives (alcool, tabac, drogues)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un comité national de lutte contre le tabac - Existence d'une unité d'aide au sevrage tabagique - Existence d'un plan stratégique de lutte contre le tabac 2015-2019 - Existence d'une loi antitabac et de ses textes d'application 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible connaissance des populations sur les effets néfastes de l'alcoolisme sur la santé - Non-respect de la réglementation en matière de lutte contre les substances addictives - Insuffisance dans l'application de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de structures associatives de lutte antitabac - Existence d'une brigade des stupéfiants - Existence d'un comité national de lutte contre la drogue - Existence de structures associatives en matière de lutte contre la drogue 	<ul style="list-style-type: none"> - Lobbying de l'industrie du tabac - Publicités agressives de l'alcool dans les médias internationaux et sur les réseaux sociaux - Vulgarisation de nouvelles formes

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<p>règlementation de la commercialisation et la consommation de l'alcool et des autres substances psychoactives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de fonctionnement des comités de lutte contre la drogue et le tabac 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'ONG (IPC/BF) intervenant en faveur de la réduction des risques chez les usagers de drogues injectables - La prise en compte de la question du tabagisme dans les programmes d'enseignement - La mise à contribution des autorités locales dans la sensibilisation des populations - L'affichage d'images dissuasives et l'interdiction de fumer dans les locaux de plusieurs structures administratives, dont les établissements d'enseignement - L'application effective 	<p>de tabagisme notamment dans le milieu jeune (<i>chischa</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la collaboration intersectorielle pour la lutte contre le tabac, la drogue et l'alcool

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
			<p>de la répression en matière de consommation de tabac dans les lieux publics (débits de boissons par exemple)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'animation de campagnes d'information et de sensibilisation par certains chefs de circonscription d'enseignement scolaire. 	
<ul style="list-style-type: none"> o <i>Sexualité</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la prévalence du VIH dans la population générale (<1%) - Existence de Centres d'écoute pour jeunes - Gratuité des ARV - Existence d'un plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH (eTME) 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible niveau de connaissance des populations sexuellement actives sur le VIH, - Proportion élevée d'hommes ayant un multi partenariat sexuel - Faible utilisation du condom lors de 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence dans les programmes scolaires de modules sur la santé sexuelle et reproductive - Existence de textes législatifs et réglementaires sur la Santé de la reproduction 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans l'éducation sexuelle - Forte influence des médias et des réseaux sociaux (Déviations, contenus non adaptés à l'âge, mauvaises utilisations)

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/IST 2016-2020 	<ul style="list-style-type: none"> rapports sexuels payants - Faible taux de dépistage des partenaires des femmes enceintes - Prévalence élevée du VIH dans des milieux spécifiques (prison, orpailleurs, routiers, population clé : travailleuses de sexe, détenu, HSH) - Faible mise en œuvre des programmes de santé sexuelle et reproductive en milieu scolaire - Insuffisance d'infrastructures et d'équipements adaptés à l'offre de SRAJ - Nombre élevé des avortements provoqués 	<ul style="list-style-type: none"> - Gratuité de la planification familiale - Existence de structures privées de promotion d'une sexualité responsable (PROMACO, Marie Stoppes, ABBEF...) - Volonté politique, engagement de l'État et des PTF dans la santé sexuelle et reproductive - Code pénal interdisant l'avortement 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de nouvelles formes de sexualité (zoophilie, homosexualité) - Développement du multipartenariat sexuel

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		clandestins (APC) -		
<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Activité physique</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une unité de promotion de la pratique de l'activité physique à la DPCM - Existence de plan stratégique de lutte contre les MNT intégrant la promotion de la pratique du sport - Création d'un centre de médecine physique et readaptative - Renforcement de compétences de personnel en médecine physique 	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion élevée de l'inactivité physique des populations (en milieu urbain 38,4% et rural 25,7%, au travail 30,1%), au loisir (90,3%) - Insuffisance de communication sur la pratique du sport pour tous - Insuffisance des données de recherche sur les effets de la pratique du sport sur la santé au Burkina Faso 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des plateaux omnisports - Existence d'un programme d'éducation physique et sportive en milieu scolaire - Diffusion quotidienne d'émissions sportives dans certains médias - Initiative des tournois sportifs - Existence de matériels et équipement de sport sur le marché - Existence des salles privées de gymnastique 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible adaptation des chaussées urbaines à la pratique de la marche - Non-aménagement des espaces de loisirs - Insuffisance d'aménagement de lieux de sport en milieu de travail
<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Pratique et Habitudes alimentaires</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un ST à l'alimentation et à la nutrition - Existence d'une Direction en charge de la nutrition - Réalisation de l'enquête 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible pratique de l'allaitement maternel exclusif - Difficultés d'identification et de 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de projets de promotion des jardins scolaires et de ménages - Existence de cantine scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de bouillons de cubes et autres produits riches en sel,

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<p>sur les facteurs de risque commun aux MNT (Enquête STEPS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de cadre de concertation en nutrition et alimentation (conseils national et régionaux de nutrition - Existence d'un Système d'information sur la malnutrition (enquête SMART périodique, - Collecte de données en routine) - Existence de documents d'opérationnalisation de certaines interventions de nutrition (Plans ANJE et PCIMA, protocole de prise en charge, stratégie de lutte contre les micronutriments, etc.) ; - Existence d'un document sur l'alimentation de la 	<p>ciblage des ménages vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible taux de pratique de l'alimentation minimale acceptable - Prise en compte insuffisante des questions de nutrition dans certains programmes et politiques de développement à tous les niveaux - Faible diversification minimale de l'alimentation chez les femmes - Insuffisance de consommation alimentaire acceptable dans les ménages - Forte proportion de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une Direction en charge de la technologie alimentaire - Existence du Conseil National de Sécurité Alimentaire (CNSA) et tenue régulière de ses instances - Existence de cadre de concertation en nutrition et alimentation (conseil national de sécurité alimentaire, chambre d'agriculture, etc.) - Élaboration annuelle d'un plan de réponse et de soutien aux populations vulnérables (PRSPV) - Existence du Fonds d'Appui à la Sécurité 	<p>sucres et graisses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de normes sur les bouillons

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<p>personne âgée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un plan stratégique de lutte contre les MNT - Existence d'un réseau national sur la sécurité sanitaire des aliments 	<p>population ne consommant ni fruit ni légume</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de données populationnelles sur la consommation du sucre, du sel et de l'huile - Absence de mécanisme de promotion de la consommation des fruits/légumes en milieu préscolaire et scolaire. - Insuffisance de promotion de la consommation des produits alimentaires locaux - Faible opérationnalisation des cadres de concertation 	<p>Alimentaire (FASA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un système d'information sur situation alimentaire (enquête permanente agricole et système d'alerte précoce) - Production accrue nationale de fruits et légumes - Adhésion du Burkina aux instruments internationaux et régionaux favorables à la sécurité alimentaire et nutritionnelle - Inscription de la lutte contre la malnutrition dans les objectifs de développement durable (ODD) 	

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<p>sur la nutrition au niveau régional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible couverture (géographique et cible) des interventions préventives spécifiques et sensibles de nutrition - Insuffisance dans le contrôle sanitaire des aliments de consommation courante 		<ul style="list-style-type: none"> - Faible fonctionnalité des services d'hygiène en dehors de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Automédication 	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de campagne de sensibilisation sur l'automédication - Existence du CEDIM pour la promotion de l'usage rationnel et la sécurité d'utilisation des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de la réglementation sur le médicament - Insuffisance dans l'application de la réglementation sur le médicament - Faible niveau de connaissance des populations sur les méfaits de 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une ligue des consommateurs - Existence des Ordres professionnels dans le domaine de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Persistance de la commercialisation illicite des médicaments - Faible revenu des menaces

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		l'automédication		
Influence des groupes sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Engagements des communautés et de la société civile en faveur de la santé - Existence d'une direction chargée de l'encadrement des tradipraticiens - Existence d'une direction en charge de la communication - Existence d'une direction en charge de l'éducation pour la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'étude spécifique appréciant l'influence des groupes sociaux sur les comportements néfastes à la santé des individus - Faible identification de certains groupes spécifiques d'intérêt en santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'instituts de recherche socio anthropologique - Existence d'instituts de recherche socio anthropologique - Existence d'une union des religieux et coutumiers du Burkina Faso - Existence d'interventions ciblées sur les groupes spécifiques - Existence de parentés à plaisanterie - Existence de groupes socioprofessionnels formalisés - Diversité socioculturelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Barrière linguistique - Conflits inter communautaire - Persistance de certaines pratiques néfastes à la santé (excision, mariage d'enfants ...) - Perception erronée sur certaines maladies
Conditions de vie et de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de structure de contrôle de la qualité des 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'hygiène des denrées 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de produits céréaliers, de 	<ul style="list-style-type: none"> - Effets

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> ○ Offre alimentaire 	<p>produits destinés à la consommation humaine (Laboratoire national de santé publique, laboratoire national de santé animale)</p>	<p>alimentaires commercialisées (restaurants, chaînes d'abattage, unités de production d'eau de boisson et de jus, huileries, poissonneries, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible accès aux aliments enrichis en micronutriments (Vitamine A, Iode...) - Insuffisance de contrôle de qualité des produits locaux et importés - Insuffisance de contrôle de qualité sur les produits de grande consommation 	<p>poissons, de viandes, de fruits et légumes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de laboratoire de recherche de semences améliorées - Existence de structures de transformation des produits locaux - Existence du stock national de sécurité alimentaire (SNS) ; - Existence de boutiques témoins - Pratique de la culture de contre saison - Existence de retenues d'eau - Existence de l'Agence Burkinabé de la Normalisation (ABNORM) 	<p>environnementaux néfastes du changement climatique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mauvaises campagnes agricoles - Insuffisance de régulation et coordination de l'import/export des produits de consommation - Faible accessibilité aux produits locaux - Faible production des cultures vivrières au profit des cultures de rente - Non-respect du code de commercialisation

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
				des substituts du lait maternel
<ul style="list-style-type: none"> ○ Education 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du projet SWEDD, composante scolarisation et maintien des filles à l'école - Existence de la stratégie nationale de communication en santé - Mise en œuvre de plans de communication pour le changement social et comportemental (planification familiale, scolarisation et maintien des filles à l'école) 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de mise en œuvre de programmes de santé en milieu scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'association de promotion de la santé en milieu scolaire - Existence de radios communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible niveau d'alphabétisation des populations de 18 ans et plus - Faible niveau d'achèvement au post primaire (24,2%), surtout chez les filles - Insuffisance de programmes éducatifs dans les médias publics et privés - Insuffisance de l'éducation sexuelle au sein de la famille - Persistance des mariages d'enfants

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
				<ul style="list-style-type: none"> - Persistance du phénomène des enfants en situation de rue - Persistance du travail des enfants Faible utilisation des langues nationales dans les activités de communication
<ul style="list-style-type: none"> ○ Accès au logement 		<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'hygiène et d'assainissement dans les zones périurbaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de promoteurs immobiliers - Construction et promotion de logements sociaux - Existence de politique d'urbanisation - Volonté politique d'accès aux logements 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible accessibilité financière aux logements dans les villes et campagnes - Spéculation foncière - Proportion élevée de ménages habitants dans des logements précaires (77%) - Insuffisance

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
				d'aménagement et de viabilisation des zones - Coût élevé des matériaux de construction - Absence d'Habitats à Loyer Modéré (HLM) - Insuffisance de contrôle des contrats de bail - Insuffisance du contrôle du coût des matériaux de construction
<ul style="list-style-type: none"> ○ Service de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de la gratuité des soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans - Couverture vaccinale complète des enfants en 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible accessibilité géographique des services de santé (RMA =6,5) - Insuffisance en ressources humaines en santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre en cours de l'assurance maladie universelle (AMU) - Mise en œuvre en cours du concept One Health 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité institutionnelle - Insécurité

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> - DTC-Hep-Hib3 - Mise en œuvre en cours du concept One Health - Développement de la santé communautaire - Prise en compte de la médecine traditionnelle et alternative dans le système de santé - Politique d'accès aux médicaments essentiels génériques - Existence de politiques et stratégies prenant en compte les groupes vulnérables - Existence des normes et standards pour les composantes des services de santé - Amélioration de la couverture sanitaire - Existence d'un entrepôt de données sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence élevée des ruptures des médicaments traceurs à tous les niveaux - Faible disponibilité des réactifs au niveau des laboratoires de biologie médicale - Faible satisfaction des demandes de Produits sanguins labiles - Faible couverture vaccinale en RR2 - Faible qualité des données de vaccination - Proportions élevées des abandons et échecs de PEC des MAS en ambulatoire et en hospitalisation - Taux de rupture élevé en produits contraceptifs - Faible niveau du 	<ul style="list-style-type: none"> - L'intervention des PTF dans le système de santé - Utilisation des technologies de l'information et de la communication en santé 	

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la gestion des données sanitaires - Subvention de vaccins antirabiques et sérum antivenimeux 	<ul style="list-style-type: none"> nombre de couple-année de protection - Insuffisance de mise en œuvre de la gratuité des soins au niveau communautaire - Insuffisance de prise en charge des MAM (intrants, conseils nutritionnels) - Insuffisance de prise en charge de MNT 		
<p>Conditions économiques, culturelles et environnementales</p> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Conditions Economiques</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une stratégie de financement de la santé - Promotion des mécanismes de partage de risques maladie 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance du financement domestique de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention des PTF dans le système de santé - Existence de mécanismes de promotion des activités génératrices de revenus - Existence de mutuelles et d'assurances privées - Existence de fonds d'appui aux activités 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible accompagnement des mutuelles - Part contributive des ménages aux financements de la santé élevée - Faible proportion du budget de l'État allouée à la santé - Faible niveau de revenus des

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
			des différentes couches sociales	ménages - Faible niveau de recouvrement des frais dans les structures sanitaires
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conditions culturelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement politique en faveur de la culture - Existence d'une diversité de cultures 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de pesanteurs socioculturelles entravant les bonnes pratiques en matière de santé des populations - Insuffisance de communication pour le changement social et comportemental 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des événements culturels favorisant la promotion de la santé (<i>Semaine nationale de la culture, Salon international de l'artisanat de Ouaga, Nuits atypiques de Koudougou...</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépravation des mœurs - Persistance des pratiques sociales peu favorables à la santé
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conditions environnementales 	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de l'évaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation (EVA) du secteur de la santé au changement climatique - Existence d'un service de santé environnementale au ministère de la Santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible niveau de salubrité de l'environnement physique de vie - Faible niveau de salubrité des formations sanitaires - Insuffisance dans la 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'association de collecte des déchets urbains - Existence d'un programme national d'assainissement 	<ul style="list-style-type: none"> - Changements climatiques - Pollutions atmosphériques - Pollutions des retenues d'eau - Usage non rationnel des

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<p>gestion des déchets biomédicaux en milieu de soins (tri, collecte, stockage, transport)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible disponibilité de latrines institutionnelles fonctionnelles dans les services de santé - Non mise en œuvre des recommandations issues des évaluations de la vulnérabilité - Faible disponibilité et fonctionnalité et des incinérateurs dans les structures de soins - Faible application des lois portant codes de l'hygiène publique et code de santé publique 		<p>produits chimiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Catastrophes naturelles - Incivisme des riverains vis-à-vis des canaux de drainage des eaux pluviales - Niveau élevé de la pratique de défécation à l'air libre - Insuffisance de latrines publiques et de leur entretien dans les grandes villes et dans les lieux publics - Insuffisance des canaux de drainage des eaux pluviales - Insuffisance de centre

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
				<p>d'enfouissent des ordures</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la gestion des déchets ménagers
<ul style="list-style-type: none"> - Santé et Sécurité au Travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de structure de santé au travail - Existence de services de santé à la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercice illégal de la santé au travail par les cliniques privées - Insuffisance de contrôle et de sanctions - Non-respect des textes législatifs et réglementaires en matière de santé et sécurité au travail - Insuffisance en nombre et en qualification de ressources humaines, - Insuffisance en logistique roulante, équipements et matériels de médico-techniques pour les 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de partenariat avec certains services techniques œuvrant dans le domaine de la prévention (Inspection du travail et l'inspection médicale du travail ; service de prévention de la CNSS, de la brigade nationale des sapeurs-pompiers) - Collaboration avec certains partenaires sociaux (Employeurs, travailleurs, comité de santé et sécurité au travail, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance des textes relatifs à la santé et sécurité au travail par les employeurs - Les services de santé de la CNSS ne couvrent pas tout le territoire

Composantes du modèle des déterminants de la santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		services de santé au travail - Faible couverture du territoire et des travailleurs en santé et sécurité au travail - Insuffisance des données sur les maladies et accidents professionnels		

1. 3. PRINCIPAUX DEFIS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

L'analyse de la situation fait ressortir les dix défis prioritaires suivants :

1. morbidité et mortalité maternelle, néonatale, et infanto juvénile élevés ;
2. qualité insuffisante de l'offre de services de vaccination ;
3. faible performance de la composante santé communautaire ;
4. persistance des maladies endémo-épidémiques (paludisme, VIH tuberculose, rougeole, MTN, dengue...) ;
5. forte prévalence des maladies non transmissibles (HTA, diabète, maladies mentales, maladies génétiques, accidents de la voie publique, cancers, fistules, etc.) ;
6. état nutritionnel de la population insatisfaisant, en particulier celui des femmes et des enfants ;
7. insuffisance de l'offre de soins et de services de qualité pour les personnes âgées ;
8. conditions d'hygiène et d'assainissement sont insatisfaisantes ;
9. faible prévalence contraceptive ;
10. insuffisance de l'offre de prestation de santé au travail.

Les défis identifiés ont fait l'objet d'analyses présentées dans le tableau III ci-dessous.

Tableau III : Analyse des défis prioritaires en matière de santé publique

Problèmes prioritaires	Causes	Conséquences
<p>1a. La morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infanto juvénile est élevée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible capacité de diagnostic et de prise en charge des maladies par les prestataires de soins ; - Faible disponibilité en médicaments et autres produits de santé - Faible accessibilité financière aux services de santé - Persistance des comportements peu favorables à la SRMNE - Faible utilisation des services de santé - Faible mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto juvénile 	<p>Réduction de l'espérance de vie Impact socioéconomique négatif</p>
<p>1b. La morbidité chez les jeunes et adolescents y compris les étudiants est élevée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation de substances addictives (alcool, drogues, tabac) - Faible accessibilité financière aux services de santé scolaire et universitaire - Persistance des comportements sexuels à risque - Faible utilisation des services de santé - Faible disponibilité des services de santé adaptés aux jeunes 	
<p>1c. L'Offre de soins et des services de santé de qualité aux élèves et étudiants est insuffisante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible accessibilité aux soins - Inadéquation des heures de consultations - Comportements stigmatisant des prestataires de santé - Insuffisance en personnel soignant - Insuffisance en matériels et médicaments de première nécessité - Insuffisance de la promotion de la santé en milieu scolaire et universitaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportements sexuels à risque, prostitution, - infections sexuellement transmissibles (IST), VIH/SIDA - Grossesses précoces et/ou non désirées - Avortements clandestins et provoqués

Problèmes prioritaires	Causes	Conséquences
		<ul style="list-style-type: none"> - Échecs /Abandons scolaires
<p>2. Qualité insuffisante de l'offre de services de vaccination</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Persistance des ruptures en certains vaccins et consommables. - Insuffisance en logistique roulante, équipements et matériel de chaîne de froid - Insuffisance de la communication en faveur de la vaccination - Insuffisance de ressources financières pour la mise en œuvre des stratégies avancées - Faible compétence des agents de santé en gestion du PEV - Insuffisance d'implémentation de stratégies innovantes en matière de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbi-mortalité élevée des maladies évitables par la vaccination - Réémergence de certaines maladies épidémiques
<p>3. Faible performance de la composante santé communautaire ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - offre de services de qualité à base communautaire est insuffisante ; - faible accès aux services de santé à base communautaire est faible ; - faible participation communautaire est faible. - Coordination et gestion des ASBC insuffisantes ; - planification, suivi et évaluation du travail des ASBC insuffisants ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible accès des populations aux soins et services de santé - Faible adaptation des soins et services aux besoins des populations
<p>4. Persistance des maladies endémo-épidémiques (paludisme, VIH, tuberculose, rougeole, MTN, dengue...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de l'hygiène et de l'assainissement des cadres de vie et de travail - Faibles capacités de riposte du système de santé face aux catastrophes et autres événements inhabituels ; - Faible capacité de diagnostic et de prise en charge des maladies - Persistance des comportements peu favorables à la lutte contre les endémo-épidémies - Insuffisance dans la mise en œuvre de l'approche "One Health" 	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalité élevée - Handicaps - Impact socio-économique

Problèmes prioritaires	Causes	Conséquences
	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de la prévention et dépistage des endémo-épidémies 	
<p>5. Forte prévalence des maladies non transmissibles (HTA, Diabète, maladies mentales, maladies génétiques, AVP, cancers, néphropathies, fistules, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance du contrôle de la qualité des produits de santé et de consommation courante - Insuffisance de prévention et prise en charge des maladies héréditaires - Offre et qualité des soins pour la prévention et PEC des MNT insuffisantes - Recherche et gestion de l'information sanitaire sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques insuffisants - Faible promotion de l'activité physique nécessaire au maintien de la santé - Persistance des comportements peu favorables à la lutte contre les MNT 	<ul style="list-style-type: none"> - Handicaps physiques et mentaux - Impact socioéconomique - Mortalité élevée
<p>6. État nutritionnel de la population insatisfaisante, en particulier celui des femmes et des enfants</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance du contrôle de la qualité des produits de consommation courante - Insuffisance dans la PEC de la malnutrition - Persistance des pratiques d'alimentation peu favorables à la santé - Insécurité alimentaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévalence élevée de la malnutrition - Prévalence élevée des maladies chroniques - Impact socio-économique négatif
<p>7. Insuffisance de l'offre de soins et de services de qualité pour les personnes âgées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation de la stratégie de formation continue et du personnel sur la santé des personnes âgées. - Inexistence d'unité de gériatrie dans les hôpitaux publics et privés. - Insuffisance d'intégration et de continuité des soins (nutritionnels, curatifs, psychosociaux) et services aux personnes âgées. - Insuffisance d'infrastructures adaptées, de médicaments, consommables et équipement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacités, - Morbidité et mortalité élevée
<p>8. Conditions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la salubrité des locaux et matériels 	<ul style="list-style-type: none"> - Infections et autres

Problèmes prioritaires	Causes	Conséquences
d'hygiène et d'assainissement sont insatisfaisantes	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans le tri, la collecte, le stockage, le transport et l'élimination des déchets - Insuffisance dans le suivi de la gestion des DBM - Insuffisance dans la disponibilité, la qualité, le bon usage et la maintenance des ouvrages d'assainissement - Insuffisance de ressources 	maladies nosocomiales
9. Faible prévalence contraceptive	<ul style="list-style-type: none"> - Pesanteurs socioculturelles, - Faible accessibilité financière et géographique aux produits contraceptifs - Insuffisance de données sur les grossesses et les avortements en milieu scolaire - Faible disponibilité et fonctionnalité des services de santé scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesses non désirées - Avortements provoqués clandestins - Mortalité maternelle
10. Insuffisance de l'offre de prestation de santé au travail	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'infrastructures - Insuffisance de ressources humaines - Insuffisance de ressources financières - Insuffisance dans l'application des textes en matière de santé au travail - Insuffisance organisationnelle (04 directions régionales) - Insuffisance de compétence des agents chargés de la mise en œuvre des activités de santé au travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Sous notification des risques professionnels - Faible couverture en prestations de santé au travail - Faible participation des travailleurs aux visites médicales des travailleurs

PARTIE II : ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE

2.1. FONDEMENTS DE LA STRATÉGIE DU PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE

Le programme de santé publique s'inspire des orientations politiques et programmatiques nationales. Il s'agit notamment du plan national de développement économique et social (PNDES), de la politique sectorielle Santé, de la politique nationale de santé (PNS), du plan national de développement sanitaire (PNDS) et de la loi organique n°073-2015/CNT du 06 novembre 2015 relative aux lois de finances.

❖ Le Plan national de développement économique et social

Depuis 2016, une nouvelle vision du développement a été déclinée par le Gouvernement à travers l'adoption du plan national de développement économique et social (PNDES). Ce référentiel national accorde une place importante à l'amélioration de la santé des populations. En effet, l'axe 2 du PNDES 2016-2020 intitulé : « développer le capital humain », comprend cinq objectifs stratégiques dont le premier est de « promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique ». Cet objectif est soutenu par les trois effets attendus (EA) suivants :

- l'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous ;
- l'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré ;
- le processus d'accélération de la transition démographique pour déclencher le dividende démographique est réellement mis en mouvement.

❖ Le Plan national de développement sanitaire (PNDS)

L'opérationnalisation de la politique nationale de santé (PNS) est assurée par le PNDS 2011-2020 qui comprend huit (08) orientations stratégiques (OS) : (i) développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ; (ii) amélioration des prestations de services de santé ; (iii) développement des ressources humaines pour la santé ; (iv) promotion de la santé et lutte contre la maladie ; (v) développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ; (vi) amélioration de la gestion du système d'information sanitaire ; (vii) promotion de la recherche pour la santé ; (viii) accroissement du financement de la

santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

L'évaluation à mi-parcours a donné lieu à la deuxième phase 2016-2020 du PNDS, qui prend en compte de nouvelles réformes et directives notamment, la gestion axée sur les résultats et les Objectifs de développement durable (ODD). La stratégie du programme santé publique (PSP) a été élaborée en tenant compte des orientations stratégiques de ce référentiel national en matière de santé.

❖ **La Politique sectorielle Santé**

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDES, quatorze secteurs de planification ont été définis dont celui de la Santé qui regroupe trois ministères en charge de : i) la santé, ii) l'agriculture et des aménagements hydrauliques et iii) la Femme, la solidarité nationale et de la famille et de l'action humanitaire. La vision de cette politique sectorielle est d'atteindre : *« 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 2026 »*.

La stratégie du programme santé publique s'accommode de la vision multisectorielle et multidimensionnelle de la Santé affirmée dans la politique sectorielle Santé en abordant les questions de santé dans une approche globale et en fédérant l'ensemble des acteurs et parties prenantes pour une réponse adéquate aux différents problèmes.

❖ **Cadre juridique**

Le Burkina Faso s'est engagé depuis plus de deux décennies dans un vaste processus de réformes de la gestion des finances publiques. Ce processus a conduit à l'adoption de la loi organique n°073-2015/CNT du 06 novembre 2015, relative aux lois de finances et de ses textes d'application qui découle de l'internalisation de la Directive 06 de l'UEMOA adoptée en 2009 dans le cadre juridique national.

2.2. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS

Le programme santé publique contribue à l'atteinte de la vision de la politique sectorielle santé qui se décline comme suit : « le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant et résilient qui valorise la prévention et fait de l'approche communautaire des soins de santé primaires le socle vers la couverture sanitaire universelle ». Cette vision ambitionne un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population. Pour y parvenir, il faut développer un système de santé national performant et résilient qui s'occupe prioritairement de prévenir la maladie et promouvoir la santé.²⁷.

Les principes directeurs qui sous-tendent la stratégie du programme santé publique et qui énoncent les valeurs normatives portées par ledit programme sont formulés ci-après.

❖ La résultologie

La stratégie du programme santé publique a été élaborée selon l'approche de la gestion axée sur les résultats. Toutes les actions, ou ensembles d'actions qui seront entreprises devront être guidées par le devoir de redevabilité. Les indicateurs définis permettront d'apprécier la progression vers les cibles attendues.

La transparence et la reddition des comptes sont essentielles dans l'obtention des résultats de développement, en ce sens qu'elles permettent d'instaurer un climat de confiance et de garantir la pleine participation des acteurs à la réalisation des objectifs.

❖ La bonne gouvernance

La bonne gouvernance consiste à exécuter, contrôler, influencer, et gérer les affaires publiques de la structure par la coopération entre les différents pouvoirs pour l'intérêt public. Elle nécessite le leadership et l'engagement soutenus des autorités nationales, centrales et régionales à veiller à une gestion efficace et efficiente des ressources et des interventions multisectorielles. Elle se basera sur le respect des procédures de passation des marchés, de gestion administrative et financière avec une tolérance zéro à la corruption et au détournement de biens publics.

²⁷ Burkina Faso, Politique sectorielle santé 2017

❖ **L'intersectorialité**

Elle se matérialise par l'implication judicieuse des acteurs des autres départements ministériels, des collectivités territoriales, du secteur privé, de la société civile et des PTF dans l'exécution des actions retenues. L'intersectorialité devrait aboutir à une forte appropriation des interventions de santé publique par les divers secteurs de développement afin de garantir une pérennité de celles-ci.

La collaboration intersectorielle renvoie au recours à plusieurs approches pour résoudre les grands problèmes de santé publique qui sont de nature multifactorielle. Elle stimule la création d'alliances et de partenariats entre plusieurs secteurs de développement ou entre différents individus qui travaillent ensemble pour trouver des solutions aux problèmes communs. La collaboration offre ainsi l'avantage d'une vision plus holistique de la santé sous le leadership du ministère en charge de la santé.

❖ **La participation universelle**

Les individus, les familles et les communautés doivent s'engager pour exercer un contrôle sur les facteurs qui influencent leur santé. La participation est efficace lorsque les citoyens déterminent eux-mêmes leurs besoins communs, exercent un contrôle sur les activités qu'ils choisissent et en assument le leadership.

❖ **L'équité en santé**

Elle requiert l'adaptation des interventions aux besoins des bénéficiaires notamment les personnes les plus pauvres/vulnérables. Elle nécessite également une répartition adéquate des ressources permettant l'adoption de modes de vie sains et l'amélioration des conditions de vie favorables à la santé pour tous.

L'équité suppose l'absence de différences évitables tout en ne se confondant pas à l'égalité. La santé étant un droit, il s'agit de s'assurer que chaque individu ait accès à ce droit tant sur le plan géographique, culturel que financier.

2.3. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

L'objectif stratégique de ce programme est de « réduire la morbidité et la mortalité par une meilleure prévention, des soins efficaces et un changement des comportements », en offrant des prestations de santé de qualité à la population à tous les niveaux du système de santé.

La mise en œuvre du programme va nécessiter les actions suivantes :

- **05601** Participation communautaire ;
- **05602** Réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux endémo-épidémies ;
- **05603** Offre de services de qualité en faveur de la santé de la mère et de l'enfant ;
- **05604** Gestion sanitaire des catastrophes ;
- **05605** Promotion de la santé et des pratiques nutritionnelles adéquates ;
- **05606** Assurance de la qualité des produits de santé ;
- **05607** Amélioration de la qualité des analyses de biologie médicale.

2.4. CHAÎNE DES RÉSULTATS ET CADRE DE PERFORMANCE

La cohérence des produits de la stratégie et des effets attendus d'avec le PNDS est établie dans le tableau IV ci-dessous :

Tableau IV : Chaine des résultats de la stratégie

Produits	Stratégies	Effets du Programme	Effet du PNDS	Impact du PNDS
Les prestations de service SRMNEA sont améliorées en quantité et en qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la Planification Familiale (PF) • Prévention de la transmission du VIH (y compris eTME) • Promotion de la maternité à moindre risque • Protection des enfants, des adolescents et des jeunes • Prévention du paludisme chez la femme enceinte et chez les enfants de moins de 5 ans • Poursuite de la gratuité des soins 	<p>Effet 1-056 L'utilisation des services des SRMNEA par les mères, enfants, adolescents et de jeunes est accrue</p>	<p>E2 : L'offre de services de santé de qualité est améliorée</p>	<p>L'état de santé des populations est amélioré</p>
Les prestations de services de vaccination sont améliorées	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurisation des approvisionnements en vaccins et consommables vaccinaux • Acquisition de la logistique roulante, des équipements et matériels de la chaîne de froid • Maintenance des équipements de la chaîne de froid • Mobilisation de ressources financières pour la stratégie avancée et les campagnes de vaccination réactives • Renforcement de la vaccination de routine et organisation des campagnes de masse • Développement de stratégies innovantes dans les zones à sécurité compromise 			
La promotion de la santé et des bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de politiques publiques favorables à la santé • Promotion de la santé en milieux ciblés (École, Université, Lieux de travail, Prisons, Sites de réfugiés et d'orpillage, etc.) • Passage à l'échelle des interventions de nutrition maternelle et des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) • Promotion de la consommation d'aliments sains • Promotion de la pratique de l'activité physique • Traitements de masse contre les MTN 	<p>Effet 2-056 Les individus, les familles et les communautés adoptent des habitudes et modes de vie</p>		

Produits	Stratégies	Effets du Programme	Effet du PNDS	Impact du PNDS
	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention des carences nutritionnelles • Prévention du tabagisme et des autres addictions courantes • Promotion de la santé des personnes âgées 	sains		
La communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé est renforcée	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la visibilité des actions de santé publique • Communication pour le changement social et comportemental en faveur de la lutte contre les maladies d'intérêt en santé publique • Communication pour le changement social et comportemental en faveur de la SRMNEA-N • Production et diffusion de supports de communication pour le changement social et comportemental • Élaboration/révision des textes réglementaires sur la santé publique 			
Les services de santé à base communautaire sont renforcés, accessibles et adaptés aux besoins des populations	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de l'offre de services de qualité à base communautaire • Renforcement de l'accès aux services de santé à base communautaire • Renforcement de l'approche des soins centrés sur le patient • Promotion de la participation communautaire 	Effet 3-056 Les populations utilisent les services de santé à base communautaire		
Les conditions d'hygiène et d'assainissement dans les hôpitaux, les cadres de vies et de travail sont améliorées	<ul style="list-style-type: none"> • Redynamisation du Conseil national de l'hygiène publique et de ses organes déconcentrés • Renforcement de la sécurité sanitaire des aliments • Gestion des déchets biomédicaux • Renforcement de l'hygiène hospitalière • Renforcement de la lutte anti-vectorielle (paludisme, dengue, etc.) 	Effet 4-056 Les MNT, les endémo-épidémies, les zoonoses et les maladies dues à l'environnement sont contrôlées		
Les ripostes aux urgences sanitaires sont promptes et efficaces	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance et détection des événements de santé publique • Management opérationnel des événements de santé publique, • Coordination de la mise en œuvre du RSI et de l'approche « One 			

Produits	Stratégies	Effets du Programme	Effet du PNDS	Impact du PNDS
	Health »			
La prévention et le contrôle des MNT et des endémo-épidémies sont renforcés	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage précoce des MNT • Mise en place du paquet essentiel d'interventions pour la prévention et la PEC des principales MNT (WHOPEN) • Dépistage précoce des endémo-épidémies (TB, VIH, Hépatites virales) 			
Les produits de consommation courante sont de bonne qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Inspection sanitaire périodique des unités de production d'eau préemballée et d'autres denrées alimentaires • Contrôles réguliers de qualité des produits de consommation courante 			

Afin de mesurer le niveau d'atteinte des indicateurs par rapport aux cibles, le cadre de performance ci-dessous (Tableau V) sera utilisé pour le suivi.

Tableau V: Cadre de performance de la stratégie du programme santé publique

RÉSULTATS	INDICATEURS DE PERFORMANCE							Fréquence de collecte	Responsable (s)
	Énoncé	Sources de données	Année de référence	Valeur de base	Cibles				
					2020	2021	2022		
EFFET									
1-O56 : L'utilisation des services des SRMNEA y compris scolaires et universitaires s'est accrue	Taux de transmission mère enfant du VIH (%)	AS/MS	2018	4,26	2	<2	<2	Annuelle	DSF
	Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (%)	AS/MS	2018	1,5	<1	<1	<1	Annuelle	DSF
	Taux de prévalence du VIH/sida dans la population générale (%)	Rapport ONUSIDA EDS	2018	0,7	<1	<1	<1	Annuel Quinquennal	CNLS INSD
	Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans	AS/MS	2018	3,09	>2	>2	>2	Annuelle	DSS
	Prévalence contraceptive	AS	2018	30,7	32	34,2	36,4	Annuelle	DSS DSF
	Prévalence générale de la consommation du tabac	STEPS	2013	19,8	13,36	11,38	9,4%	Quinquennale	DPCM
	Prévalence de la consommation d'alcool non répertorié	STEPS	2013	27,3	16,92	13,46	10%	Quinquennale	DPCM
	Prévalence de l'Allaitement exclusif (%)	ENN	2018	55,8	59,87	63,9	67,92	Annuelle	DN
	Prévalence de l'obésité chez les adultes	STEPS	2013	4,5	<5	<5	<5	Quinquennale	DPCM
	Prévalence de l'anémie chez la femme enceinte (%)	ENIAB	2014	72,5	54,25	51,21	48,17	Quinquennale	DN
	Prévalence de l'anémie infantile <5 ans (%)	ENIAB	2014	83	62,5	59,08	55,67	Quinquennale	DN
	Prévalence de la Malnutrition chronique (%)	ENN	2018	25	14,30	13,87	13,44	Annuelle	DN
Prévalence de la malnutrition aigüe (%)	ENN	2018	8,5	6,95	6,56	6,18	Annuelle	DN	

RÉSULTATS	INDICATEURS DE PERFORMANCE							Fréquence de collecte	Responsable (s)
	Énoncé	Sources de données	Année de référence	Valeur de base	Cibles				
					2020	2021	2022		
3-056 : Les populations utilisent les Services de santé à base communautaire	Nombre de cas de paludisme simple, chez les enfants de moins de 5 ans traités aux ACT par les ASBC	AS	2018	29 311	32 242	35 173	38 104	Annuelle	DPES
	Nombre de cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans traités avec SRO+Zinc par les ASBC	AS	2018	43 877	48265	52 653	57 2041	Annuelle	DPES DSS
	Nombre de cas de toux simple chez les enfants de moins de 5 ans traités par les ASBC	AS	2018	67 541	74295	81049	87803	Annuelle	DPES DSS
	Proportions de PVVIH dépistées dans les CDV communautaires	AS	2018	50	55	60	65	Annuelle	DSS DPES
	Taux d'abandon des ASBC	AS		ND	<2	<2	<2	Annuelle	DPES DSS
4-056 : Les MNT, les endémo-épidémies, les zoonoses et les maladies dues à l'environnement sont contrôlées	Létalité due au choléra	Rapport/ DPSP AS/MS	2018	0 %	0%	0%	0%	Mensuelle	DSS DPSP
	Létalité due aux IRAS	Rapport / DPSP	2018	2,95%	<1%	<1%	<1%	Mensuelle	DSS DPSP
	Létalité due à la dengue	Rapport/ DPSP	2018	0,6	<1%	<1%	<1%	Mensuelle	DSS DPSP
	Taux de succès au traitement TB	Rapport/ DPSP	2018	78.9	85%	87%	89%	Annuelle	DSS DPSP
	Taux de guérison de la lèpre	Rapport/ DPSP	2018	74,46	≥90	≥90	≥90	Annuelle	DSS DPSP
	Nb de cas autochtones de THA dépistés	Rapport/ DPSP	2018	0	0	0	0	Mensuelle	DSS DPSP
	Nb de cas autochtones de ver de Guinée dépistés	Rapport / DPSP	2018	0	0	0	0	Mensuelle	DSS DPSP
PRODUITS									
1. Les prestations de service SRMNEA sont	Pourcentage (%) de femmes enceintes vues en CPN1 au premier trimestre	AS/MS	2018	37,8	40	50	60	Annuelle	DSF DSS

RÉSULTATS	INDICATEURS DE PERFORMANCE							Fréquence de collecte	Responsable (s)
	Énoncé	Sources de données	Année de référence	Valeur de base	Cibles				
					2020	2021	2022		
améliorées en quantité et en qualité	Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS	2018	39,3	69	80	82	Annuelle	DSF DSS
	Proportion d'enfants de moins de cinq ans correctement pris en charge selon la stratégie PCIME	(AS/MS)	2018	64,1	70	75	80	Annuelle	DSF DSS
	Pourcentage (%) de formations sanitaires offrant des services PTME	(AS/MS)	2018	99,5	100	100	100	Annuelle	DSF DSS
	Décès maternels audités parmi les décès maternels enregistrés dans les FS (%)	(AS/MS)	2018	35,06	70	80	>80	Annuelle	DSF DSS
2. Les prestations de services de vaccination sont améliorées.	Taux de disponibilité des vaccins	Rapport de suivi DPV	2018	87,5	95	100	100	Mensuelle	DPV
	Taux de disponibilité des consommables	Rapport de suivi DPV		100	100	100	100	Mensuelle	DPV
	Taux de disponibilité de la chaîne de froid	Rapport de suivi DPV		ND	100	100	100	Mensuelle	DPV
	Taux de satisfaction des besoins en motos	Rapport de suivi DPV		ND	70	80	90	Annuelle	DPV
	Taux de satisfaction des besoins en équipement de chaîne de froids	Rapport de suivi DPV		ND	60	80	90	Annuelle	DPV
	Taux d'effectivité de la stratégie avancée	Rapport de suivi DPV		ND	85	90	95	Trimestrielle	DPV
	Taux de couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés chez les 12 à 23 mois	AS EDS		90 (AS)	95	95	95	Annuelle Quinquennal	DPV DSS INSD
	Taux de couverture vaccinale en Penta3	AS	2018	100	100	100	100	Mensuelle	DPV
	Taux de couverture vaccinale en RR2	AS	2018	87,9	90	95	100	Mensuelle	DPV

RÉSULTATS	INDICATEURS DE PERFORMANCE							Fréquence de collecte	Responsable (s)
	Énoncé	Sources de données	Année de référence	Valeur de base	Cibles				
					2020	2021	2022		
								Annuelle	
	Pourcentage de cas suspects de rougeole notifiés avec prélèvement de sang	Rapport de suivi DPV	2018	98%	≥80%	≥80%	≥ 80%	Mensuelle	DPV
	Taux de PFA non-polio pour 100 000 enfants de moins de 15 ans	Rapport de suivi DPV	2018	2,97	≥ 2	≥ 2	≥ 2	Mensuelle	DPV
3. La promotion santé et des bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles est améliorée	Proportion (%) des femmes en âge de procréer ayant une diversité alimentaire acceptable	ENN	2018	20.3%	23,24	24,71	26,18	Annuelle	DN
	Proportion (%) des enfants de 6-23 mois ayant une alimentation minimum acceptable	ENN	2018	18	23,16	25,24	27,32	Annuelle	DN
	Proportion (%) de ménages ayant un score de consommation acceptable	ENN	2018	50,4%	66	67,75	69,5	Annuelle	MS
4. La communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé est renforcée.	Proportion de personnes touchées par les activités de communication	AS		ND	40	60	80	Annuelle	DPES DSS
5. Les services de santé à base communautaire sont renforcés, accessibles et adaptés aux besoins des populations	Proportion de villages disposant d'ASBC selon les normes	AS	2018	96	97	98	99	Annuelle	DPES
6. Les conditions d'hygiène et d'assainissement dans les hôpitaux, les cadres de vies et de travail sont	Nb de sessions de conseil national d'hygiène publique tenu	Rapport DPSP	2018	0	1	1	1	Annuelle	DPSP
	Proportion de structures de santé ayant été supervisée dans le cadre de la gestion des DBM	Rapport DPSP		ND	100	100	100	Mensuelle	DPSP

RÉSULTATS	INDICATEURS DE PERFORMANCE							Fréquence de collecte	Responsable (s)
	Énoncé	Sources de données	Année de référence	Valeur de base	Cibles				
					2020	2021	2022		
améliorées.									
7. Les ripostes aux urgences sanitaires sont promptes et efficaces.	Taux de promptitude des TLOH (%)	Rapport DPSP	2018	99,8	100	100	100	Mensuelle	DPSP
	Taux de complétude des TLOH (%)	Rapport DPSP AS	2018	99,9	100	100	100	Hebdomadaire Mensuelle Annuelle	DPSP
	Nombre des urgences sanitaires ayant fait l'objet de riposte dans les délais/ Nombre d'urgences déclarées	Rapport de suivi DPSP	80	80	100	100	100	Mensuelle	DPSP
	Nombre de rencontres de CRGE, CPGE tenues	DPSP	2018	12	12	12	12	Mensuelle	DPSP
	Nombre de réunions du comité de coordination du RSI 2005	DPSP	2018	4	4	4	4	Mensuelle	DPSP
8. La prévention et le contrôle des MNT et des endémo-épidémies sont renforcés.	Prévalence de l'HTA	STEPS	2013	17,6%	17,6%	17,6%	17,6%	Quinquennale	DPCM
	Prévalence du diabète	STEPS	2013	4,9%	<5	<5	<5	Quinquennale	DPCM
9. Les produits de consommation courante sont de bonne qualité.	Proportion de structures ayant mis en œuvre les recommandations émises lors des sorties de suivi	Rapports DPSP		ND	60	80	80	Mensuelle	MS
	Proportion de structures ayant une convention avec le Laboratoire national de sante publique pour les analyses sur la qualité de l'eau	Rapports de suivi DPSP		ND	100%	100%	100%	Mensuelle	MS

PARTIE III : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION DES ACTIONS DU PROGRAMME

3.1. LES ACTEURS ET LEURS ROLES

3.1.1. Rôle du responsable du programme

Le programme de santé publique est animé par un responsable dont les missions sont : (i) formuler la stratégie du programme conformément à la politique nationale de santé définie par le gouvernement; (ii) coordonner et suivre la mise en œuvre du programme; (iii) veiller à la mise en œuvre de toutes les fonctions essentielles de santé publique, notamment l'analyse stratégique de la situation sanitaire, la prévention et le contrôle des maladies, la promotion de la santé ainsi que la protection de la santé de la population, des communautés et des groupes spécifiques.

3.1.2. Rôles des autres acteurs de mise en œuvre des actions de la stratégie

Le rôle des autres acteurs est décrit dans le tableau VI ci-après.

Tableau VI : Rôle et responsabilités des acteurs

Acteurs	Rôles et responsabilités
Cabinet du ministère de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer la validation stratégique du plan d'amélioration de la performance (PAP) et du rapport annuel de performance (RAP) • Elaborer et évaluer la lettre de mission et du contrat de performance du responsable du programme
Unité de Gestion des Compétences du Programme Santé Publique	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer la validation technique du PAP et du RAP • Elaborer et évaluer la lettre de mission et du contrat de performance des responsables du budget opérationnel de programme (RBOP) • Elaborer le RAP et le PAP • Valider les mouvements de crédits au sein du programme • Suivre la gestion des crédits de son programme (engagements, liquidation, dépenses) • Assurer le suivi des investissements des projets et programmes de développement intervenant dans la stratégie • Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de passation des marchés et du plan de déblocage des fonds
Responsable du budget opérationnel du programme (RBOP)	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la mise en œuvre des actions du budget opérationnel de programme BOP • Produire les rapports périodiques sur l'exécution physique et financière du BOP • Proposer les mouvements de crédits au sein du programme devant faire l'objet de la fongibilité • Proposer les projets d'engagements de dépenses • Proposer les projets de liquidations de dépenses • Mandater les dépenses • Assurer le suivi de l'exécution des actions du BOP • Assurer le suivi des investissements et des projets

Acteurs	Rôles et responsabilités
	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi de l'exécution des marchés • Assurer le suivi de l'exécution des dépenses de personnel • Assurer l'effectivité du contrôle interne du BOP • Produire des rapports sur l'atteinte des cibles annuelles du BOP • Justifier l'utilisation des ressources allouées au BOP • Expliquer les écarts de réalisation
Responsables des unités opérationnelles de programme (RUOP) : DPV, DPSP, DN, DPCM, DPES, DSF	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'atteinte des objectifs du chef de programme • Mettre en œuvre les activités du programme • Produire le rapport de programmation annuel du programme ainsi que le rapport bilan du programme
CHU	Mettre en œuvre la stratégie de santé publique
CORUS	Coordonner la réponse aux urgences sanitaires
DRS	Assurer le suivi de la mise en œuvre la stratégie de santé publique
CHR	Mettre en œuvre la stratégie de santé publique
District sanitaire	Mettre en œuvre de la stratégie de santé publique
Autres départements ministériels Économie et finances, Administration territoriale, Sécurité, Transport, Environnement, Action sociale, Élevage, Agriculture, Éducation, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer à la mise en œuvre des actions de la stratégie • Assurer la planification et la mise en œuvre d'actions favorables à la santé publique
Acteurs non étatiques : Agences des Nations Unies, ONG	Assurer un appui technique et financier à la mise œuvre des programmes et projets
Associations et organisations de la société civile	Jouer un rôle de veille et de contrôle pour la prise en compte des besoins des populations dans la conception et la mise en œuvre de la stratégie

3.2. MÉCANISME ET OUTILS DE GESTION, SUIVI-EVALUATION ET COUT DE LA STRATÉGIE DU PROGRAMME

3.2.1. Mécanismes de gestion

Dans le souci d'assurer une gestion efficace du programme, il sera mis en place un cadre de dialogue de gestion et un comité de revue.

❖ Cadre de dialogue de gestion

Pour le pilotage du programme, il est institué un dialogue de gestion entre les acteurs. Il a lieu au moins une fois par trimestre. Le dialogue de gestion est un cadre d'échanges sur les stratégies et les moyens mis à la disposition des structures opérationnelles chargées de la mise en œuvre du programme santé publique. Il est institué aux niveaux suivants :

- entre Ministres/Présidents d'institution, et Responsables de programmes ;
- entre le RP et les RBOP ;
- entre le RBOP et les RUOP ;
- entre le RUOP et les agents.

Le dialogue de gestion porte sur : la définition de la stratégie du programme, l'acte contractuel sur la performance, la répartition des moyens, les éventuelles difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des actions du programme, le point sur les résultats trimestriels et les actions correctives nécessaires en cas d'écart par rapport à la trajectoire.

❖ Comité de revue

Ce comité de revue est l'organe d'orientation et de pilotage des projets et programmes relevant du programme budgétaire Santé publique. La composition, les attributions et le fonctionnement du comité de revue sont fixés par arrêté du ministre de la santé. Le comité de revue est présidé par le Secrétaire Général du ministère de la santé ou tout cadre supérieur désigné par le ministre de la santé. Le secrétariat technique du comité de revue est assuré par le Directeur général de la santé publique.

Le comité de revue du programme budgétaire santé publique se réunit deux fois par an en sessions ordinaires pour se pencher sur l'ensemble des projets et programmes

de développement sous sa tutelle, soit une fois par semestre (fin juillet et fin décembre au plus tard) sur convocation de son président. Le comité de revue peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président en cas de besoin. Il peut inviter toute personne physique ou morale, dont l'avis est susceptible d'éclairer les débats, à participer à la session

3.2.2. Outils de suivi

Les principaux outils de suivi-évaluation qui seront élaborés dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie santé publique sont :

- le plan d'action ; cet outil précise les activités à conduire sur une période d'un an ;
- le projet annuel de performance ; Il présente les objectifs et les indicateurs de performance du programme. Il précise par ailleurs les méthodes de renseignement des différents indicateurs, les coûts des actions. C'est donc l'instrument de veille, permettant de déceler les opportunités et risques liés à la mise en œuvre du programme ;
- les fiches de suivi ; elles seront conçues pour permettre la collecte des informations auprès des acteurs ;
- les rapports d'activités ; ils seront trimestriels. Toutefois, un rapport annuel de performance sera élaboré en sus des rapports trimestriels ;
- les évaluations internes ou externes pourront être conduites dans le cadre du programme ;
- le plan de déblocage des fonds (PDF) ; il précise le plan de décaissements ou des engagements financiers annuels et par action ;
- le plan de passation des marchés en tant qu'outil d'aide à la mise en œuvre des activités planifiées.

3.2.3. Dispositif de suivi-évaluation

Le suivi-évaluation du programme sera axé sur les résultats préalablement définis.

Dans le cadre de ce programme, l'unité de gestion assure la coordination du dispositif du suivi-évaluation à travers son service de planification et du suivi-évaluation. Le service a pour tâches de :

- coordonner les travaux d'élaboration des documents de planification et de synthèse relative aux domaines d'activités du programme ;
- définir et suivre les indicateurs du programme ;
- organiser la collecte des informations relatives à la mise en œuvre du programme ;
- traiter et analyser les données et informations nécessaires au renseignement des indicateurs de performance du programme ;
- produire les rapports trimestriels, semestriels et annuels de suivi-évaluation du programme ;
- évaluer et capitaliser la mise en œuvre des actions du programme.

Au niveau central, les RBOP, les RUOP, les opérateurs et les responsables des projets et programmes en feront de même pour la planification et le bilan des activités mis en œuvre à leur niveau. L'unité chargée de la planification et du suivi fera un rapport consolidé de programmation à l'issue de la rencontre de programmation budgétaire, des rapports bilans trimestriels, semestriels et annuels ainsi qu'un rapport annuel de performance qui seront transmis à la DGESS/MS. Les rapports de programmation et de bilan annuel seront transmis en fonction des échéances du CASEM et le rapport annuel de performance au plus tard en fin février de l'année suivante.

3.2.4. Coût de la stratégie programme budgétaire santé publique

❖ Mécanisme de mobilisation des ressources

Pour la mise en œuvre du programme, les ressources financières qui seront mobilisées proviendront de l'État, des ménages, des partenaires techniques et financiers, du secteur privé, des collectivités territoriales et des organisations de la

société civile (ONG, associations). La mobilisation de ces ressources financières tiendra compte des opportunités de financement qu'offrent les différents acteurs.

Le financement de l'État se fera à travers le budget national.

Le secteur privé national ou international interviendra à travers le partenariat public privé. Le financement privé de la politique peut être également appréhendé au niveau des structures privées de santé (formations, soins de santé, examens de laboratoires...) qui développeront des services de santé au profit des populations.

Les collectivités territoriales participeront au financement du programme grâce aux ressources mobilisées dans le cadre de la coopération décentralisée, aux transferts des migrants et à leurs ressources propres. Cela se fera conformément aux compétences transférées.

Les Organisations Non Gouvernementales et Associations de Développement (ONG, associations) participeront au financement du programme à travers les ressources qu'elles mobilisent auprès d'autres partenaires dans le cadre de la mise en œuvre des initiatives de développement dans le secteur de la santé.

❖ **Budget prévisionnel**

Le cout prévisionnel de la mise en œuvre de la stratégie est 434 814 967 922 FCFA sur une période trois ans. Le budget détaillé des activités est mentionné en Annexe 2. Le tableau VII, ci-dessous résume le budget par action programme.

Tableau VII : Récapitulatif du budget prévisionnel par action

N°	Actions	Coût par année			Total par actions	% de l'action dans le budget total
		2 020	2 021	2 022		
1	ACTION 05601 Participation communautaire	21 142 960 557	14 269 346 776	16 848 407 361	52 260 714 694	11,91%
2	ACTION 05602 Réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux endémo-épidémie	26 435 133 188	25 458 984 205	25 173 046 018	77 067 163 411	17,56%
3	ACTION 05603 Offre de services de qualité en faveur de la santé de la mère et de l'enfant	63 231 008 810	64 047 781 390	62 002 872 319	189 281 662 519	43,13%
4	ACTION 05604 Gestion sanitaire des catastrophes	778 591 700	1 013 838 702	742 591 700	2 535 022 102	0,58%
5	ACTION 05605 Promotion de la santé et des pratiques nutritionnelles adéquates	37 641 499 261	28 614 711 596	39 611 639 295	105 867 850 152	24,12%
6	ACTION 05606 Assurance qualité des produits de santé	4 262 529 248	4 094 827 625	3 469 716 736	11 827 073 609	2,70%
TOTAL GÉNÉRAL BUDGET DU PSP		153 491 722 764	137 499 490 294	147 848 273 429	438 839 486 487	100,00%

PARTIE IV : ANALYSE ET LA GESTION DES RISQUES

Seront considérés comme risques les événements susceptibles d'influencer négativement l'atteinte des résultats de la stratégie de santé publique. Il s'agit de l'insécurité grandissante, de l'environnement économique défavorable, de l'expansion du faux et de la fraude, de la non-adhésion des acteurs, de l'instabilité sociopolitique et l'instabilité institutionnelle.

❖ L'insécurité grandissante :

L'insécurité dans certaines zones peut empêcher l'offre de services de santé de qualité aux populations concernées. Pour y remédier, des actions seront menées à l'endroit des populations, en collaboration avec les services compétents pour une participation active de cette population à la mise en œuvre des activités, la sensibilisation des professionnels de santé qui devront obéir à des consignes de sécurité notamment pendant les missions de terrain et le développement de stratégies d'offre de services intégrés dans les zones à sécurité compromise.

❖ L'environnement économique défavorable :

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

❖ L'expansion du faux et de la fraude :

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

❖ **La non-adhésion des acteurs :**

La réalisation des objectifs déclinés dans la stratégie nécessite la participation d'autres acteurs à la mise en œuvre de la politique du secteur de la santé, notamment, les autres départements et institutions, le secteur privé et les partenaires. Leur non-adhésion à la mise en œuvre de la stratégie peut compromettre l'atteinte des effets escomptés. Pour atténuer ce risque, des actions de communication, de sensibilisation et d'appropriation seront menées autour de la politique afin de faciliter leur adhésion.

❖ **L'instabilité sociopolitique**

Depuis l'insurrection populaire de 2014 et la période de transition qui s'en est suivie, la vie sociopolitique est marquée par la récurrence des mouvements sociaux et l'exacerbation de l'incivisme. Au regard de cette situation, qui pourrait constituer un obstacle à la mise en œuvre des actions de la stratégie, des mesures idoines devraient être entreprises. Ainsi, le gouvernement devra prendre les dispositions nécessaires pour apporter des solutions durables aux nombreuses revendications corporatistes pour promouvoir la culture civique et restaurer l'autorité de l'État.

❖ **L'instabilité institutionnelle**

Les mutations institutionnelles, caractérisées par les fusions et les scissions de structures, pourraient perturber la mise en œuvre de la stratégie du programme de santé publique. Cette situation qui engendre fréquemment des réformes organisationnelles et la mobilité du personnel n'est pas de nature à garantir la stabilité, le suivi normal et la bonne exécution des actions programmées. Il conviendrait de mener des réflexions dans le sens de stabiliser les structures.

CONCLUSION

L'élaboration du document de stratégie programme santé publique, traduit la volonté des autorités du Ministère de la santé de se conformer à l'esprit de l'approche budget programme pour atteindre plus d'efficacité et d'efficience dans les actions de santé publique. Ce document consolidera le plan triennal 2020-2022 du ministère de la santé et vise l'atteinte des objectifs du secteur de la santé. La réussite de sa mise en œuvre requière l'engagement du gouvernement, des partenaires techniques et financiers ainsi que des autres acteurs du système de santé.

ANNEXES

Annexe 1: Chronogramme des activités

N	Actions	Période			Responsable (s)	Source de financement
		2020	2021	2022		
Produit 1 : Les prestations de service SRMNEA sont améliorées en quantité et en qualité (DSF)						
1.	Renforcer la Planification Familiale	X	X	X	DSF	BE et PTF
2.	Assurer la prévention de la transmission du VIH	X	X	X	DSF	BE et PTF
3.	Mettre en œuvre la stratégie de la maternité à moindre risque	X	X	X	DSF	BE et PTF
4.	Mettre en œuvre les activités de protection des enfants, des adolescents et des jeunes	X	X	X	DSF	BE et PTF
5.	Assurer la prévention du paludisme chez la femme enceinte et chez les enfants de moins de 5 ans	X	X	X	DSF	BE et PTF
6.	Poursuivre la gratuité chez les femmes enceintes et les enfants de 0-5ans	X	X	X	DSF	BE et PTF
Produit 2 : Les prestations de services de vaccination sont améliorées (DPV)						
7.	Sécuriser les approvisionnements en vaccins et consommables	X	X	X	DPV	BE, GAVI
8.	Acquérir la logistique roulante, les équipements et matériels de la chaîne de froid	X	X	X	DPV	BE, GAVI
9.	Mobiliser les ressources financières additionnelles pour la stratégie avancée	X	X	X	DPV	BE, Collectivités
10.	Organiser la vaccination de routine et les campagnes de masse	X	X	X	DPV	BE, GAVI OMS, UNICEF
11.	Construire un entrepôt moderne de vaccins		X	X	DPV	BE, GAVI
12.	Assurer la maintenance de la chaîne de froid	X	X	X	DPV	OMS,

						UNICEF
13.	Assurer le passage à l'échelle du registre électronique des données de vaccination (e-carnet)		X	X	DPV	BE, GAVI
Produit 3 : La promotion santé et des bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles est améliorée (DN, DPES, DPCM)						
14.	Assurer la promotion de politiques publiques favorables à la santé	x	x	x	DPES	
15.	Renforcer la promotion de la santé en milieux ciblés (école, université, lieux de travail, prisons, sites de réfugiés et d'orpillage)	x	x	x	DPES	
16.	Passer à l'échelle les interventions de nutrition maternelle et les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	x	x	x	DN	
17.	Renforcer la promotion de la consommation d'aliments sains	x	x	x	DN	
18.	Assurer la promotion de la pratique de l'activité physique	x	x	x	DPCM	
19.	Organiser les campagnes de traitements de masse contre les MTN	x	x	x	DPSP	
20.	Renforcer la prévention des carences nutritionnelles	x	x	x	DN	
21.	Assurer la prévention du tabagisme et des autres addictions courantes	x	x	x	DPES	
Produit 4 : La communication pour le changement social et comportemental en faveur de la santé est renforcée (DPES)						
22.	Renforcer la visibilité des actions de santé publique	x	x	x	DPES	
23.	Renforcer la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la lutte contre les maladies d'intérêt en santé publique	x	x	x	DPES	
24.	Renforcer la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la SRMNEA-N,	x	x	x	DPES	
Produit 5 : Les services de santé à base communautaire sont renforcés, accessibles et adaptés aux besoins des populations (DPES)						
25.	Développer l'offre de services de qualité à base communautaire	x	x	x	DPES	
26.	Renforcer l'accès aux services de santé à base communautaire ;	x	x	x	DPES	
27.	Renforcer l'approche des soins centrés sur le patient et adaptés au	x	x	x	DPES	

	contexte socioculturel ;					
28.	Renforcer la promotion de la participation communautaire.	x	x	x	DPES	
Produit 6 : Les conditions d'hygiène et d'assainissement dans les hôpitaux, les cadres de vies et de travail sont améliorées (DPSP)						
29.	Dynamiser le Conseil national de l'hygiène publique et de ses organes déconcentrés	x	x	x	DPSP	
30.	Renforcer la sécurité sanitaire des aliments	x	x	x	DPSP	
31.	Assurer la gestion des déchets biomédicaux	x	x	x	DPSP	
32.	Renforcer l'hygiène hospitalière	x	x	x	DPSP	
Produit 7 : Les ripostes aux urgences sanitaires sont promptes et efficaces (DPSP)						
33.	Assurer le management opérationnel des événements de santé publique,				DPSP, INSP	
34.	Assurer la coordination de la mise en œuvre du RSI et de l'approche « One Health »				DPSP, INSP	
Produit 8 : La prévention et le contrôle des MNT et des endémo-épidémies sont renforcés (DPSP, DPCM)						
35.	Assurer le dépistage précoce des MNT				DPSP, DPCM	
36.	Mettre en place le paquet essentiel d'interventions pour la prévention et la PEC des principales MNT (WHOPEN)				DPSP, DPCM	
37.	Assurer le dépistage précoce des endémo-épidémies (TB, VIH, Hépatites virales)				DPSP, DPCM	
Produit 9 : Les produits de consommation courante sont de bonne qualité (DPSP)						
38.	Organiser les inspections sanitaires des unités de production d'eau préemballée et d'autres denrées alimentaires				DPSP	
39.	Assurer le contrôle de qualité des produits de consommation courante				DPSP	

Annexe 2 : Coût prévisionnel des actions

N°	ACTIONS STRATEGIQUES				Total par actions	% de l'action dans le produit
		2 020	2 021	2 022		
ACTION 05601 Participation communautaire						
1.	Développer l'offre de services de qualité à base communautaire	4 009 419 457	5 489 134 932	3 188 822 422	12 687 376 811	24,28%
2.	Renforcer l'accès aux services de santé à base communautaire ;	9 185 902 339	7 386 364 306	7 974 031 806	24 546 298 451	46,97%
3.	Renforcer l'approche des soins centrés sur le patient et adaptés au contexte socioculturel ;	7 200 434 046	826 807 730	5 008 486 520	13 035 728 296	24,94%
4.	Renforcer la promotion de la participation communautaire.	402 280 093	402 280 093	402 280 093	1 206 840 279	2,31%
5.	Renforcer la visibilité des actions de santé publique	139 479 350	11 914 200	151 254 305	302 647 855	0,58%
6.	Renforcer la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la lutte contre les maladies d'intérêt en santé publique	79 065 362	82 250 780	51 560 230	212 876 372	0,41%
7.	Renforcer la communication pour le changement social et comportemental en faveur de la SRMNEA-N,	126 379 910	70 594 735	71 971 985	268 946 630	0,51%
Sous total action 05601		21 142 960 557	14 269 346 776	16 848 407 361	52 260 714 694	100,00%
ACTION 05602 Réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux endémo-épidémie						
8.	Sécuriser les approvisionnements en vaccins et consommables vaccinaux	15 756 456 787	16 056 456 787	16 756 456 787	48 569 370 361	63,02%
9.	Acquérir la logistique roulante, les équipements et matériels de la chaîne de froid	2 150 000 000	2 357 750 000	2 242 500 000	6 750 250 000	8,76%
10.	Mobiliser les ressources financières additionnelles pour la stratégie avancée	50 000 000	50 000 000	3 000 000	103 000 000	0,13%

11.	Organiser la vaccination de routine et les campagnes de masses	2 373 618 524	1 420 320 536	910 586 944	4 704 526 004	6,10%
12.	Construire un entrepôt moderne de vaccins	1 208 000 000	1 000 000 000	1 000 000 000	3 208 000 000	4,16%
13.	Maintenance de la chaîne de froid	112 000 000	93 391 300	93 391 300	298 782 600	0,39%
14.	Mettre en place le registre électronique des données de vaccination (e-carnet)	500 000 000	500 000 000	-	1 000 000 000	1,30%
15.	Assurer le dépistage précoce des MNT	1 239 192 200	900 669 300	1 087 377 500	3 227 239 000	4,19%
16.	Mettre en place le paquet essentiel d'interventions pour la prévention et la PEC des principales MNT (WHOPEN)	24 485 000	24 485 000	24 485 000	73 455 000	0,10%
17.	Assurer le dépistage précoce des endémo-épidémies (TB, VIH, Hépatites virales)	1 152 138 240	1 186 668 845	1 186 006 050	3 524 813 135	4,57%
18.	Organiser les campagnes de traitements de masse contre les MTN	1 869 242 437	1 869 242 437	1 869 242 437	5 607 727 311	7,28%
Sous total action 05602		26 435 133 188	25 458 984 205	25 173 046 018	77 067 163 411	100,00%
ACTION 05603 Offre de services de qualité en faveur de la santé de la mère et de l'enfant						
19.	Renforcer la Planification Familiale	3 623 237 665	3 236 261 555	3 804 440 147	10 663 939 367	5,63%
20.	Assurer la prévention de la transmission du VIH	3 174 962 290	2 227 607 400	2 625 053 992	8 027 623 682	4,24%
21.	Mettre en œuvre la stratégie de la maternité à moindre risque	8 922 557 180	9 526 864 034	9 224 710 607	27 674 131 821	14,62%

22.	Mettre en œuvre les activités de protection des enfants, des adolescents et des jeunes	15 510 251 675	17 057 048 401	14 348 667 573	46 915 967 649	24,79%
23.	Assurer la prévention du paludisme chez la femme enceinte et chez les enfants de moins de 5 ans	PM	PM	PM	PM	PM
24.	Assurer la poursuite de la gratuité chez les femmes enceintes et des enfants de 0-5ans	32 000 000 000	32 000 000 000	32 000 000 000	96 000 000 000	50,72%
Sous total action 05603		63 231 008 810	64 047 781 390	62 002 872 319	189 281 662 519	100,00%
ACTION 05604 Gestion sanitaire des catastrophes						
25.	Assurer le management opérationnel des événements de santé publique,	50 000 000	50 000 000	50 000 000	150 000 000	5,92%
26.	Assurer la coordination de la mise en œuvre du RSI et de « One Health »	728 591 700	963 838 702	692 591 700	2 385 022 102	94,08%
Sous total action 05604		778 591 700	1 013 838 702	742 591 700	2 535 022 102	100,00%
ACTION 05605 Promotion de la santé et des pratiques nutritionnelles adéquates						
27.	Assurer la promotion de politiques publiques favorables à la santé	4 998 010 297	3 901 380 855	5 156 860 940	14 056 252 092	13,28%
28.	Renforcer la promotion de la santé en milieux ciblés (Ecole, Université, Lieux de travail, Prisons, Sites de réfugiés et d'orpaillage)	30 775 407 599	23 317 075 059	32 497 661 899	86 590 144 557	81,79%
29.	Passer à l'échelle les interventions de nutrition maternelle et les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	PM	PM	PM	PM	PM
30.	Renforcer la promotion de la consommation d'aliments sains	179 700 750	249 220 150	231 665 200	660 586 100	0,62%
31.	Assurer la promotion de la pratique de l'activité physique	6 000 000	6 000 000	6 000 000	18 000 000	0,02%
32.	Renforcer la prévention des carences nutritionnelles	1 630 880 215	1 083 735 532	1 649 480 806	4 364 096 553	4,12%
33.	Assurer la prévention du tabagisme et des autres addictions courantes	51 500 400	57 300 000	69 970 450	178 770 850	0,17%

Sous total action 05605		37 641 499 261	28 614 711 596	39 611 639 295	105 867 850 152	100,00%
ACTION 05606 Assurance qualité des produits de santé						
34.	Dynamiser le conseil national de l'hygiène publique et de ses organes déconcentrés	263 100 000	263 100 000	263 100 000	789 300 000	6,67%
35.	Renforcer la sécurité sanitaire des aliments	50 000 000	50 000 000	50 000 000	150 000 000	1,27%
36.	Assurer la gestion des déchets biomédicaux	1 130 000 000	1 130 000 000	1 130 000 000	3 390 000 000	28,66%
37.	Renforcer l'hygiène hospitalière	2 799 929 248	2 632 227 625	2 007 116 736	7 439 273 609	62,90%
38.	Organiser les inspections sanitaires des unités de production d'eau préemballée et d'autres denrées alimentaires	10 000 000	10 000 000	10 000 000	30 000 000	0,25%
39.	Assurer le contrôle de qualité des produits de consommation courante	9 500 000	9 500 000	9 500 000	28 500 000	0,24%
Sous total action 05606		4 262 529 248	4 094 827 625	3 469 716 736	11 827 073 609	100,00%
TOTAL GENERAL BUDGET DU PSP		153 491 722 764	137 499 490 294	147 848 273 429	438 839 486 487	100,00%

Tableau VIII : Bilan des activités de l'année 2018

Produit/Produits	Bilan physique				Bilan financier							
	Nombre d'activités programmées	ER (%)	PR (%)	NR (%)	Coût planifié	Montant mobilisé	Montant alloué	Montant dépensé	Taux de mobilisation (%)	Taux d'allocation (%)	Taux d'absorption (%)	Poids (%) BP
Produit 1.2. Les ressources humaines sont disponibles selon les normes et dans le respect de l'équité	75	97,3	0,0	2,7	71 628 606 255	71 674 817 158	70 508 586 241	23 342 003 147	100,1	98,4	33,1	11,3
Produit 1.3. Les produits de santé de qualité sont disponibles à tous les niveaux selon les normes et les besoins	24	91,7	0,0	8,3	1 652 904 980	330 682 348	330 405 339	308 325 163	20,0	99,9	93,3	0,1
Produit 2.1. L'accessibilité financière des populations aux soins de santé est améliorée	91	79,1	13,2	7,7	1 567 171 910	1 589 594 525	1 569 244 118	1 566 761 368	101,4	98,7	99,8	0,8
Produit 2.2. Les prestations des services de santé et de nutrition de qualité sont accrues pour la population en général et les groupes spécifiques en particulier	2134	64,1	6,9	29,0	9 247 222 361	8 913 843 795	7 816 838 666	7 253 238 504	96,4	87,7	92,8	3,5
Produit 2.3. La lutte contre les maladies cibles d'élimination d'ici à 2030 est intensifiée	1237	75,9	6,9	17,2	5 927 618 632	5 952 052 371	5 597 192 982	5 151 341 500	100,4	94,0	92,0	2,5
Produit 2.4. Les soins préventifs et curatifs des maladies non-transmissibles sont assurés	406	56,2	3,7	40,1	991 700 965	614 111 699	531 395 917	438 128 365	61,9	86,5	82,4	0,2
Produit 2.5. Les attitudes et les pratiques individuelles, familiales et communautaires favorables à la santé sont renforcées	274	55,5	4,0	40,5	570 730 166	443 992 455	271 137 780	246 614 235	77,8	61,1	91,0	0,1

Produit/Produits	Bilan physique				Bilan financier							
	Nombre d'activités programmées	ER (%)	PR (%)	NR (%)	Coût planifié	Montant mobilisé	Montant alloué	Montant dépensé	Taux de mobilisation (%)	Taux d'allocation (%)	Taux d'absorption (%)	Poids (%) BP
Produit 3.1. Le leadership, la gouvernance et la redevabilité sont renforcés	710	86,3	1,8	11,8	9 517 312 903	8 931 189 474	8 281 733 617	7 153 520 563	93,8	92,7	86,4	3,5
Produit 3.4. Les financements de la santé sont augmentés	1	0,0	0,0	100	900 000	0	0	0	0,0	#DIV/0!	#DIV/0!	0,0
Prestations des services de santé	4952	70,0	5,7	24,3	101 104 168 172	98 450 283 825	94 906 534 659	45 459 932 845	97,4	96,4	47,9	22,0