



**STRATEGIE INTEGREE DE COMMUNICATION EN  
SANTE ET DE CHANGEMENT SOCIAL ET  
COMPORTEMENTAL  
2022-2026**

## AVANT-PROPOS

Le contexte national marqué par la double crise sanitaire et sécuritaire, l'ancrage du devoir de redevabilité, la participation accrue de la société civile et du citoyen à la gouvernance politique, administrative et économique, l'accentuation de la pression sociale, les nouveaux défis de notre système de santé imposent et interpellent les acteurs du système de santé à mieux communiquer. La communication est un élément essentiel dans la prévention, le traitement et la prise en charge des maladies. Elle permet aux communautés et aux programmes nationaux de lever les barrières qui s'opposent à l'efficacité de la lutte contre la maladie.

Pour répondre de façon adéquate aux problèmes de santé des populations et à sa mission de mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé, le Ministère en charge de la santé avec ses partenaires s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030. Ce plan élaboré suivant l'approche « un plan, un budget, un rapport » se veut un cadre inclusif, participatif et consensuel pour guider l'action de l'ensemble des acteurs du développement sanitaire par l'institutionnalisation des principes d'harmonisation et d'alignement des partenaires dans le secteur de la santé du Burkina Faso.

L'atteinte des objectifs de ce nouveau référentiel commande la mise en place et la maîtrise d'une stratégie de communication globale et coordonnée prenant en compte la communication institutionnelle, le changement social et comportemental (CSC), la communication de risques et l'engagement communautaire et qui mobilise tous les acteurs autour de sa mise en œuvre.

Ainsi, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique s'est engagé avec ses Partenaires à élaborer la stratégie intégrée de communication en santé et de changement social et comportemental assortie d'un plan opérationnel (PAO) de communication sur le PNDS 2021-2030. Cette stratégie est un document unique d'orientation de tous les intervenants en matière de communication en santé et de CSC, pour une synergie d'action pour les cinq (05) années à venir.

Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique, en adoptant cette stratégie, réaffirme sa volonté d'assurer une participation active et consciente à la santé des populations.

La stratégie est un levier important qui aide à résoudre les problèmes de développement sanitaire consignés dans la politique sectorielle santé 2018-2027 et le PNDS 2021-2030. Elle est le fruit d'un processus participatif impliquant tous les acteurs au niveau central et déconcentré.

La démarche d'élaboration ayant été participative et inclusive, la mise en œuvre se fera également en étroite collaboration avec ces acteurs.

Je saisis cette occasion pour exprimer ma profonde gratitude et mes remerciements à l'endroit des acteurs de développement sanitaire en général et

de tous ceux qui ont contribué à l'élaboration du présent plan stratégique et de son plan d'actions opérationnel en particulier. J'en appelle à l'adhésion de tous les acteurs ainsi qu'à leur engagement pour se l'approprier et s'investir conséquemment pour sa mise en œuvre efficiente.

Le Ministre de la santé et de l'hygiène publique

**Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU**

Chevalier de l'Ordre National

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>ii</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>vi</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>vii</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>vii</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>viii</b>
<b>DÉFINITION DES CONCEPTS</b> .....	<b>ix</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION</b> .....	<b>16</b>
<b>II. GENERALITES</b> .....	<b>19</b>
<b>III. ANALYSE DIAGNOSTIQUE</b> .....	<b>23</b>
3.1. Cadre organisationnel, institutionnel et juridique .....	23
3.2. Eau, hygiène et assainissement.....	24
3.3. Situation sanitaire .....	27
3.4. Situation des technologies de l'information et de la communication .....	29
3.5. Bilan des politiques et stratégies .....	35
3.6. Analyse situationnelle des domaines de la communication en santé et changement social et comportemental.....	36
3.7. Synthèse des forces et des faiblesses .....	45
3.8. Synthèse des opportunités et des menaces .....	48
3.9. Problèmes prioritaires .....	49
<b>IV. ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE</b> .....	<b>51</b>
4.1. Fondements .....	51
4.2. Vision .....	51
4.3. Principes directeurs.....	51
4.3.1. Principes éthiques .....	52
4.3.2. Principes opérationnels .....	52
4.4. Objectif global, chaîne de résultats et axes stratégiques .....	53
4.4.1. Objectif global .....	53
4.4.2. Chaîne de résultats .....	54
4.4.3. Planning des actions prioritaires.....	1
<b>V. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION</b> .....	<b>4</b>
5.1. Dispositif de mise en œuvre.....	4
5.1.1. Cadre institutionnel.....	4
5.1.2. Dispositions de mise en œuvre .....	4
5.2. Mécanisme de suivi et d'évaluation .....	7

<b>VI. BUDGÉTISATION DE LA STRATÉGIE .....</b>	<b>8</b>
6.1. Hypothèses de calcul des coûts des interventions .....	8
6.2. Estimation des coûts.....	9
6.3. Budget global de la stratégie.....	9
6.4. Budget par axe stratégique .....	9
6.5. Budget par action .....	10
<b>VII. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES .....</b>	<b>11</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>12</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>xiii</b>

## REMERCIEMENTS

Le ministère de la santé et de l'hygiène publique adresse ses remerciements à l'ensemble des partenaires techniques et financiers pour les appuis multiformes, en particulier :

l'UNICEF pour son appui technique et financier et la mise à disposition du consultant ;

le Projet Breakthrough ACTION (BA)/USAID pour l'appui technique et financier et la mise à disposition du Cabinet de consultants (SAPAD) ;

le Projet Integrated Family Health Services (IFHS) financé par l'USAID et mis en œuvre par Jhpiego pour l'appui technique et financier;

l'Organisation mondiale de la Santé pour l'appui technique et financier ;

la Délégation de l'Union Européenne pour son appui technique et financier à travers PAPS II ;

la Direction du Centre d'humanisation des soins pour l'appui technique.

La gratitude du ministère s'adresse également aux Ministères de l'environnement, de l'énergie, de l'eau et de l'assainissement et à l'équipe des consultants pour la conduite sans faille de cette mission d'appui à l'élaboration de la stratégie et de son PAO.

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Top 5 des médias nationaux les plus suivis dans la semaine par ordre d'importance.....	35
Tableau II : Domaines de collaboration entre le MSHP et les autres départements ministériels en matière de communication.....	38
Tableau III : Synthèse en forces et faiblesses .....	45
Tableau IV : Chaine de résultats.....	54
Tableau V : Cadre logique de la stratégie intégrée de communication en santé et de CSC 2022-2026 .....	xiii
Tableau VI : Programmation physique et financière des actions de la stratégie intégrée de communication en santé et de CSC 2022-2026.....	xxx
Tableau VII : Cadre de performance de la stratégie intégrée de communication en santé et de CSC 2022-2026 .....	xxxviii

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Variation de l'incidence de pauvreté par région et milieu de résidence .....	21
Figure 2 : Proportion par an des prévisions budgétaires de la stratégie.....	9
Figure 3 : Répartition du budget par axe stratégique.....	10

## **LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

---

<b>ASBC</b>	:	Agents de santé à base communautaire
<b>CCSC</b>	:	Communication pour le changement social et de comportement
<b>CIP</b>	:	Communication interpersonnelle
<b>CM</b>	:	Centre médical
<b>CNGE</b>	:	Comité national de gestion des épidémies
<b>CORUS</b>	:	Centre des opérations et de réponse aux urgences sanitaires
<b>COVID-19</b>	:	Maladie à coronavirus 2019
<b>CREC</b>	:	Communication des risques sanitaires et d'engagement communautaire
<b>CSC</b>	:	Changement social et comportemental
<b>CSPS</b>	:	Centre de santé et de promotion sociale
<b>CSU</b>	:	Couverture sanitaire universelle
<b>DCRP</b>	:	Direction de la Communication et des relations avec la presse
<b>DGESS</b>	:	Direction générale des études et des statistiques sectorielles
<b>DGOS</b>	:	Direction générale de l'offre de soins
<b>DGSP</b>	:	Direction générale de la santé publique
<b>DPES</b>	:	Direction de la promotion et de l'éducation pour la santé
<b>DPSP</b>	:	Direction de la protection de la santé de la population
<b>DRSHP</b>	:	Direction régionale de la santé et de l'hygiène publique
<b>DS</b>	:	District sanitaire
<b>INSD</b>	:	Institut national de la statistique et de la démographie
<b>INSP</b>	:	Institut national de santé publique
<b>MSHP</b>	:	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
<b>OBC</b>	:	Organisation à base communautaire
<b>ODD</b>	:	Objectifs de développement durable
<b>OSC</b>	:	Organisation de la société civile
<b>PNDS</b>	:	Plan national de développement sanitaire
<b>PNDES</b>	:	Plan national de développement économique et social
<b>PSS</b>	:	Politique sectorielle santé
<b>PTF</b>	:	Partenaires techniques et financiers
<b>RTB</b>	:	Radiodiffusion Télévision du Burkina SAPAD : Société d'Accompagnement Pour l'Autopromotion et le Développement
<b>SICSCSC</b>	:	Stratégie intégrée de communication en santé et de changement social et comportemental
<b>SWEDD</b>	:	Sahel women's empowerment and demographic dividend

---

## **DÉFINITION DES CONCEPTS**

### **Communication**

Étymologiquement, le mot communication vient du mot latin « communicare », qui signifie mettre en commun, faire part de, partager. En sociologie et en linguistique, la communication est l'ensemble des phénomènes qui peuvent intervenir lorsqu'un individu transmet une information à un ou plusieurs autres individus à l'aide du langage articulé ou d'autres codes (ton de la voix, gestuelle, regard, respiration). La science de la communication a pour objet de conceptualiser et de rationaliser les processus d'échange, de transmission d'informations entre deux entités (individus, groupes d'individus ou machines). Elle a longtemps été considérée comme une source de dépense dont il est difficile de mesurer les effets.

### **Communication institutionnelle**

La communication institutionnelle est la tendance d'une institution ou d'une entreprise à se dévoiler, à parler d'elle-même et à communiquer autour de la « personne morale » qui l'a fondé ou qui la représente. Il s'agit ici de gagner une légitimité sociale en présentant l'entreprise derrière les marques, en la positionnant comme une institution ayant une ligne de conduite, des valeurs, une mission, en parlant de ce que l'entreprise est, et plus seulement de ce qu'elle fait. Pour ce faire, elle utilise comme moyen ; les moyens médias, les moyens hors média, l'identité visuelle de l'entreprise, le personnel de l'entreprise, les dirigeants de l'entreprise, les prescripteurs, les distributeurs. Les principales composantes de la communication institutionnelle sont : la communication interne, la communication externe (médiatique) et éventuellement la communication de crise.

### **Communication interne**

Longtemps considérée comme un secteur réservé aux ressources humaines, la communication interne joue un rôle primordial dans la réussite des missions et activités des structures. C'est un facteur clé de cohésion sociale, de sentiment d'appartenance et de performance. Elle a pour mission de donner du sens à la stratégie ou à la vision globale du Ministère en permettant à chaque collaborateur de trouver sa place dans le travail d'équipe. L'objectif des actions de communication interne est donc de mobiliser et de fédérer les publics cibles internes autour de la politique de gouvernance des premiers responsables de la structure. Cela passe nécessairement par le partage sans faille d'informations et la motivation. La communication interne englobe l'ensemble des actes de communication qui se produisent à l'intérieur d'une institution et s'adressent principalement aux acteurs internes. Les actions de communication interne concernent les agents de santé, le personnel administratif, les partenaires

techniques et financiers et les dirigeants. Les travailleurs sont les meilleurs ambassadeurs de leur « maison ». Leur comportement et leurs propos contribuent à améliorer ou à dégrader l'image et la réputation de leur département ministériel.

Une communication interne maîtrisée facilite ou impacte positivement la communication externe<sup>1</sup>.

### **Communication externe**

La communication externe comprend l'ensemble des messages et des actions de communication destinés à des publics externes. Elle joue un rôle fondamental dans la valorisation de l'image et de la notoriété du ministère.

Les actions de communication externe permettent aux populations et aux partenaires de forger leur opinion et leur attitude vis-à-vis de l'institution. Tout comme la communication interne, elle fait partie intégrante de la stratégie de communication du ministère. Avant de se concevoir comme une partie essentielle, la communication externe se résumait auparavant aux relations presse, puis relations publiques, auxquelles viendront se greffer l'évènementiel.

**Ainsi, les relations presse** regroupent l'ensemble des actions effectuées à destination de la presse ou des journalistes dans le but de promouvoir une marque ou des produits. Elles permettent de développer une relation de confiance, d'estime et d'adhésion entre le ministère et les journalistes qui demeurent l'une des plus importantes courroies de transmission de l'information aux différents publics.

**Puis, les relations publiques** qui se définissent comme un ensemble de techniques de communication destinées à donner une image favorable à une personne ou une organisation publique ou privée, développer une relation de confiance, d'estime et d'adhésion entre une institution et ses publics.

### **Médias**

Selon Francis Balle<sup>2</sup>, le terme média fait référence à une « technique utilisée par un individu ou par un groupe pour communiquer à un autre individu ou à un autre groupe, autrement qu'en face à face, à une distance plus ou moins grande, l'expression de leur pensée, quelles que soient la forme et la finalité de cette expression. Un média permet donc la transmission, plus ou moins loin, et à un nombre plus ou moins grand de personnes, d'un ou de plusieurs messages aux contenus les plus variés : la presse, la radio, la télévision, le cinéma, l'affichage mais aussi le téléphone, la télématique et l'internet. On distingue trois familles de médias : les médias autonomes, les médias de diffusion et les médias de communication ».

---

<sup>1</sup> JEZEQUEL Bernadette et GERARD Philippe, La boîte à outils du responsable communication, 2<sup>e</sup> édition, Dunod, Paris 2013

<sup>2</sup> BALLE Francis Médias et sociétés, 17<sup>e</sup> édition Montchrestien, septembre 2016, p. 639 ;

## **Communication événementielle**

La communication événementielle<sup>3</sup> est une technique de communication reposant sur la création et/ou l'organisation d'événements : des manifestations dynamiques et marquantes qui peuvent avoir un caractère culturel, sportif, politique, touristique ou même festif.

L'objectif de la communication événementielle est de promouvoir une marque, un produit, un service, une politique, une cause, une vision ou autre. Elle peut être utilisée en interne ou en externe par une entreprise ou institution. En interne, il s'agit généralement d'informer, de fidéliser, ou de motiver le personnel. En externe, le but est souvent de séduire ou de convaincre des clients ou utilisateurs acquis ou potentiels.

## **Communication de crise**

La communication de crise est un ensemble de techniques et actions déployées pour lutter contre les effets négatifs d'un événement sur l'image de l'institution. « La communication en situation de crise a pour objectif de restaurer la confiance et l'image. »<sup>4</sup> Elle est de ce fait un moyen de gestion d'une crise par lequel l'organisation peut en sortir rapidement et même en tirer des bénéfices ultérieurs.

## **Communication pour le développement (CPD)**

La communication pour le développement est l'utilisation planifiée de stratégies et de processus de communication en vue du développement. La communication pour le développement (CPD) consiste donc à créer une adhésion massive des populations pour les programmes et projets de développement. Parmi les différentes approches de la CPD, l'on retrouve la communication interpersonnelle (CIP) et la communication pour le changement social et comportemental (CCSC).

## **Communication pour le Changement social et Comportemental (CCSC)**

C'est un processus interactif avec les communautés pour la transmission de messages à travers des approches adaptées, en utilisant des canaux de communication variés en vue de créer des comportements positifs. Le but est de promouvoir un changement de comportement au niveau individuel, communautaire et social ainsi que le maintien de comportements appropriés.

## **Communication digitale<sup>5</sup>**

La communication digitale se définit, comme la stratégie et les actions de communication à mener sur le Web, les médias sociaux, les terminaux mobiles et les objets connectés.

---

<sup>3</sup> Bastien L. <https://www.evenement.com/>, 26 janvier 2021

<sup>4</sup> Bernadette Jézéquel et Philippe Gérard, *La boîte à outils du responsable communication*, 2<sup>e</sup> édition, Dunod, Paris 2013

<sup>5</sup> Claire GAYET et Xavier MARIE, *Webmarketing et communication digitale*, 2e édition, Vuibert, octobre 2019, Pays-Bas

Le XXIème siècle a projeté le secteur de la communication globale dans l'ère du numérique et des réseaux sociaux notamment. Il s'avère impossible pour les communicants et les populations d'échapper à l'omniprésence d'internet qui connaît une utilisation de plus en plus exponentielle, au point que tous les moyens et outils de communication traditionnelle ont procédé à leur transformation digitale. Cette réalité est généralisée par le développement de l'internet mobile poussant le nombre d'utilisateurs dans le monde à plus de quatre milliards.

La communication digitale, ou communication numérique s'est donc d'abord appliquée au Web, aux médias sociaux et aux terminaux mobiles.

C'est surtout la numérisation des supports d'information. Mais au-delà, c'est aussi envisager la communication des organisations comme un écosystème entier, un environnement qui englobe et agit dans toutes les dimensions du digital.

**Changement social et comportemental (CSC)** est un processus de conception (design-thinking) qui :

- intègre différentes méthodologies telles que les sciences du marketing et la segmentation avancée des audiences, les sciences comportementales et l'économie comportementale, la communication stratégique et la mobilisation communautaire ;
- et élabore des solutions spécifiques et adaptées au défi comportemental en cherchant à comprendre les déterminants individuels, sociaux, environnementaux et structurels qui les favorisent ;
- afin d'obtenir des résultats et les changements positifs en matière de santé et de développement.

## RÉSUMÉ

Dans sa quête de contribuer au bien-être des populations, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique a élaboré à travers un processus participatif et inclusif la stratégie intégrée de communication en santé et de changement social et comportemental (SICSCSC) 2022-2026 et son plan opérationnel pour accompagner la mise en œuvre du PNDS 2021-2030.

Cette stratégie s'inspire des orientations politiques et programmatiques nationales, de la PSS 2018-2027 et du PNDS 2021-2030.

L'élaboration de la stratégie a suivi une phase diagnostique et une phase de rédaction conduite par une équipe restreinte. Le diagnostic a mis en exergue les forces et faiblesses, les opportunités et les menaces, déterminé la vision, les résultats attendus et les actions clés. Une phase de budgétisation a consisté en une estimation détaillée des coûts des actions à l'aide de l'outil One Health ; la phase de finalisation a consacré sa validation et son adoption.

Les problèmes prioritaires identifiés sont :

- le leadership et la coordination de la communication en santé et des interventions de CSC avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle sont insuffisants ;
- la communication pour l'amélioration de l'offre et de la demande des soins ainsi que la valorisation des résultats de la recherche en santé est insuffisante ;
- les actions de communication et de préparation des populations aux risques de catastrophes et urgences sanitaires sont insuffisantes ;
- l'adoption des bonnes pratiques et comportements par les populations en faveur de la santé est faible.

Ces problèmes ont été traduits en actions prioritaires.

Cette SICSCSC se présente comme le référentiel fédérateur des interventions de l'ensemble des acteurs de communication en santé et de changement social et comportemental pour la période 2022-2026. Sa vision est : « une communication en santé et des interventions de CSC, cohérentes, efficaces concourant à un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient ».

De cette vision découle l'objectif global qui est de « contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population à travers une communication et des interventions de CSC efficaces ». Les principaux impacts attendus sont ceux du PNDS 2021-2030.

Ainsi, quatre (4) axes stratégiques ont été retenus. Ce sont :

- axe 1 : renforcement du leadership et la coordination de la communication en santé et des interventions de CSC avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle;
- axe 2 : amélioration de la communication en matière d'offre et de demande des soins ;
- axe 3 : développement des actions de communication et de préparation des populations aux risques de catastrophes et urgences sanitaires ;
- axe 4 : adoption par les populations des bonnes pratiques et des comportements en faveur de la santé.

Trente (30) produits ont été définis pour l'atteinte des effets.

Un plan de communication triennal et des plans de travail annuels seront élaborés en déclinant les activités opérationnelles à mettre en œuvre à tous les niveaux du système de santé.

Le dispositif de mise en œuvre et de suivi sera celui du PNDS 2021-2030. Il est prévu une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale de la stratégie.

Le budget prévisionnel de quarante-deux milliards neuf cent soixante-sept millions quatre cent onze mille neuf cent quarante-huit francs (42 967 411 948) CFA.

## INTRODUCTION

Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) a élaboré et adopté en 2021 à travers un processus participatif et inclusif le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030 afin d'apporter des réponses appropriées aux problèmes de santé des populations. Ce plan qui ambitionne d'améliorer l'état de santé de la population s'inscrit en droite ligne de la politique sectorielle santé (PSS) 2018-2027 et du Plan national de développement économique et social 2021-2025 (PNDES II). Il se veut un cadre inclusif, participatif et consensuel pour guider l'action de l'ensemble des acteurs du développement sanitaire au Burkina Faso par l'institutionnalisation des principes d'harmonisation et d'alignement des partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé du Burkina Faso d'où sa formulation suivant le concept « un plan, un budget, un rapport ».

La stratégie intégrée de communication en santé et de changement social et comportemental (SICSCSC) et son plan opérationnel sont élaborés pour accompagner la mise en œuvre du PNDS 2021-2030.

Cette stratégie décrit la vision du Ministère et permet une mutualisation des efforts des acteurs du système de santé ainsi qu'une meilleure coordination des interventions en matière de communication en santé. Elle vise à accompagner la visibilité institutionnelle, le processus de changement de comportements en matière de pratiques sanitaires et la communication de risque et d'engagement communautaire.

Le présent document couvre la période 2022-2026. Il a été élaboré pour parer aux insuffisances de communication du PNDS 2021-2030. Il vise à mettre en œuvre des actions spécifiques et appropriées dans le domaine de la communication et CSC dans le but d'opérer des changements qualitatifs durables.

Il s'articule autour de huit (8) parties essentielles :

- le contexte et la justification ;
- les généralités ;
- l'analyse diagnostique ;
- les éléments de la stratégie ;
- le dispositif de mise en œuvre et de suivi-évaluation ;
- la budgétisation de la stratégie ;
- l'analyse et la gestion des risques.

## **I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

La vision de la politique sectorielle santé 2018-2027 est de garantir : « un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2027 ».

Pour mettre en œuvre cette vision, le département de la santé a élaboré en 2021 le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030. Ce référentiel national de développement du secteur de la santé se fixe comme objectif global de contribuer à l'amélioration de l'état de la population à travers cinq (5) effets principaux : i) le secteur santé est piloté avec efficacité, efficience, transparence et redevabilité avec une prise en compte du genre, ii) les populations ont accès à des ressources humaines de qualité à tous les niveaux du système de santé, iii) l'utilisation des services de santé de qualité et de nutrition augmente pour toute la population sans risque financier pour garantir la Couverture sanitaire universelle (CSU), iv) la population adopte un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à la transition démographique et v) les situations d'urgences sanitaires sont gérées avec promptitude, efficience et résilience.

Sur le plan de la communication, l'évaluation finale du PNDS 2011-2020 a noté sa faible connaissance sur le terrain se traduisant par de nombreuses réalisations et plusieurs initiatives qui sont souvent peu vulgarisées et peu connues par les populations. Aussi, la double crise sécuritaire et sanitaire avec ses impacts et sa gestion a mis à rude épreuve le système de santé se traduisant par des insuffisances dans les actions de communication.

De façon générale, la communication est vue comme un des maillons faibles de la réponse aux différents défis de santé. Il est admis qu'il n'y a pas de développement efficace sans communication. Les experts de l'Organisation des nations-unies (ONU) estiment que toute politique, plan, projet de développement doit consacrer entre 12,5% et 25% de son budget à la communication pour optimiser les résultats escomptés.

Ainsi, pour atteindre l'objectif du PNDS 2021-2030, il est prévu la mise en œuvre de plusieurs actions qui vont permettre le renforcement du leadership et la gouvernance dans le secteur de la santé, l'augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population, le développement des ressources humaines pour la santé, l'adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à la transition démographique et l'amélioration de la réponse à une éventuelle situation d'urgence sanitaire au Burkina Faso. Cela nécessite un changement social et comportemental et la mise œuvre d'une communication efficace et pour donner de la visibilité aux actions du PNDS 2021-2030.

Il est donc impératif de disposer d'une stratégie intégrée de communication en santé et de changement social et comportemental (CSC) et d'un plan opérationnel de communication pour maximiser l'impact des interventions et des actions sanitaires en vue de l'atteinte de l'objectif global du PNDS. Cette stratégie de communication doit être globale et coordonnée prenant en compte la communication institutionnelle, le changement social et comportemental (CSC), la communication de risques et l'engagement communautaire, etc. Elle se veut être un document unique d'orientation de tous les intervenants en matière de communication en santé et de CSC, pour une synergie d'action. Elle couvre le champ d'action de la politique sectorielle santé.

Le processus d'élaboration de la stratégie intégrée de communication en santé et de CSC du MSHP, qui s'inscrit dans la perspective de la mise en œuvre du concept « un plan, un budget, un rapport » a été participatif et a impliqué toutes les parties prenantes. En effet, l'implication des différents acteurs, aussi bien au niveau des structures publiques, des partenaires techniques et financiers (PTF) que des organisations de la société civile (OSC) a été déterminante pour la définition d'actions pertinentes et pour assurer une cohérence entre le plan d'action de la stratégie intégrée de communication et de CSC en santé.

Son élaboration, placée sous la responsabilité de la Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS) et de la Direction de la communication et de la presse ministérielle (DCPM), s'est faite en plusieurs étapes :

- rencontre de cadrage avec les consultants ;
- rencontres d'entretiens et de dialogue avec les parties prenantes : une rencontre d'échange regroupant les décideurs et acteurs du niveau central du MSHP a constitué la première étape. Au cours de cette rencontre, les participants ont proposé une base méthodologique de collecte d'informations et de données descriptives de la situation de communication dans les directions centrales et structures rattachées ;
- revues documentaires, collecte et analyse de données : la synthèse de la situation de la communication dans les directions centrales a permis à une équipe technique d'élaborer un premier document d'orientation sous l'arbitrage de la Direction générale des études et des statistiques sectorielles.
- organisation d'ateliers d'élaboration ;
- organisation d'ateliers d'amendement
- élaboration du plan d'action opérationnel ;

- l'aboutissement du processus d'élaboration a été la tenue d'une session de validation de la stratégie, de finalisation et de son adoption;

Le plan est structuré selon les orientations stratégiques de la Politique sectorielle santé (PSS) 2018-2027 et du PNDS 2021-2030.

## II. GENERALITES

- **Situation géographique**

Le Burkina Faso est un pays sahélien, enclavé, d'une superficie d'environ 274 200 km<sup>2</sup> et limité par le Mali (Nord-Ouest), le Niger (Nord-Est), le Bénin (Sud-Est) et la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo (Sud). Le climat est tropical de type soudanien dans son ensemble, alternant une saison sèche de novembre à avril et une saison pluvieuse de juin à septembre.

- **Organisation administrative**

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

- **Situation démographique**

Avec un taux d'accroissement démographique de 3,1% et de 2,9% par an respectivement sur les périodes 1996-2006 et 2006-2019, la population burkinabè croît à un rythme élevé faisant passer l'effectif de la population de 10 312 609 habitants en 1996 à 14 017 262 habitants en 2006 puis 20 487 979 habitants en 2019. Cette population compte plus de femmes que d'hommes avec 51,7% de femmes en 2019. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 46,68% de l'ensemble de la population féminine et 24,14% de la population totale du pays. La population est en majorité rurale et analphabète. En 2019, 73,7% de la population vivaient en milieu rural contre 26,3% en milieu urbain<sup>6</sup>. Seulement 23% des femmes et 38% des hommes sont considérés comme étant alphabétisés et les proportions de femmes et d'hommes sans niveau d'instruction s'élevaient à 74% et 59% respectivement<sup>7</sup>. Ainsi, les femmes sont plus défavorisées que les hommes en matière d'accès à l'éducation. Ces inégalités d'accès à l'éducation chez les femmes s'observent également entre les régions, les plus défavorisées étant le Sahel (92,4% sans instruction), l'Est (89,0%) et le Centre-Nord (87,1%).

De la forte croissance démographique résulte une population à forte composante jeune. En effet, les enfants de moins de 5 ans et ceux de moins de 15 ans représentent respectivement 16,21% et 45,31% de l'ensemble de la population et seulement 3,35 % ont 65 ans ou plus<sup>8</sup>.

---

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

<sup>7</sup> INSD, 2012

<sup>8</sup> Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso, Résultats préliminaires septembre 2020

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

Le niveau encore élevé de la fécondité s'explique, entre autres, par une entrée précoce des femmes en vie féconde et une sortie tardive : le taux de fécondité des adolescentes (15-19) ans étant de 117‰ et celui des 45-49 ans de 19‰ en 2015. Il s'expliquerait également par le faible espacement des naissances dans la mesure où pour environ une naissance sur huit (13%), l'intervalle intergénéral est trop court (inférieur à 24 mois) et près de deux naissances sur cinq (38 %) ont eu lieu entre deux et trois ans après la naissance précédente.

- **Situation économique**

La pandémie à COVID-19 et l'insécurité persistante conjuguée ont contribué à casser la courbe de croissance économique en 2020 à 2,5%.

La même année, le pays est classé parmi les pays les moins avancés avec un PIB/habitant de l'ordre de 768,8 USD. En 2018, l'incidence de la pauvreté était de 41,4% avec un seuil de pauvreté de 194 629 FCFA. La pauvreté est surtout rurale, avec une incidence de 51,1% et de 13,1% en milieu urbain. L'incidence de la pauvreté au sein de la population féminine est passée de 43,4% en 2009 à 37% en 2014<sup>9</sup>. Cette incidence varie fortement entre les régions administratives du pays. Les régions les plus touchées par la pauvreté monétaire sont le Nord (70,9%) et le Centre-Nord (60,8%). A l'inverse, les régions du Centre et des Cascades sont les moins touchées par la pauvreté avec respectivement 5,3% et 20,6% d'incidence de pauvreté (figure 1).

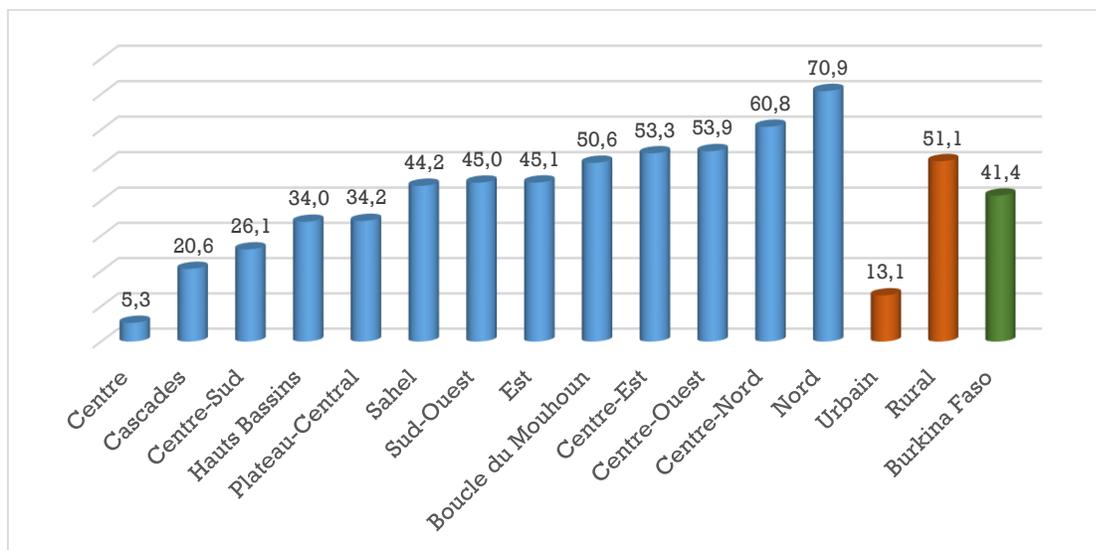
Le pays reste vulnérable aux chocs exogènes tels que les variations pluviométriques, les crises financières et pétrolières internationales et l'instabilité régionale due aux crises sociopolitiques.

Les problèmes de sécurité alimentaire sont récurrents et la malnutrition reste très importante : environ 30% de la population est confrontée à une insécurité alimentaire chronique. Le niveau de l'Indice de développement humain (IDH) du

---

<sup>9</sup> INSD, enquête EBCVM 2003 (nouvelle approche), EICVM 2009 et EMC 2014- 2015

Burkina Faso était de 0,452 en 2019, classant le Burkina Faso dans la catégorie des pays à faible niveau de développement et au 182<sup>e</sup> rang sur 189 pays et territoires classés<sup>10</sup>.



Source INSD, 2019

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

- **Situation socioculturelle**

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques possédant chacun ses traditions et ses manifestations culturelles. L'organisation sociale fait apparaître deux groupes socioculturels : un groupe fortement hiérarchisé avec un chef à sa tête et un groupe dont l'organisation est essentiellement basée sur le droit d'aînesse. Les inégalités relevées au niveau socioculturel concernent : i) la persistance de la préséance du garçon par rapport à la fille dans le choix des naissances, dans le droit de succession et le droit de propriété ; ii) les inégalités et disparités nées de la répartition du travail selon le sexe. Certaines pratiques traditionnelles néfastes comme le lévirat, l'excision, le mariage d'enfant, les violences physiques, les mariages précoces et forcés ont des conséquences négatives sur l'état de santé des femmes et des enfants en particulier. A l'opposé, le riche savoir des tradipraticiens de santé constitue une source de la pharmacopée africaine à valoriser.

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

<sup>10</sup> Rapport sur le Développement humain 2020. PNUD. [http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr\\_theme/country-notes/fr/BFA.pdf](http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/BFA.pdf)

- **Situation politique/gouvernance**

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

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

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

- **Situation sécuritaire et humanitaire**

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

Les violences liées aux activités croissantes des groupes armés et les tensions intercommunautaires exposent le pays à des mouvements de populations, des fermetures d'écoles et de centres de santé et une impossibilité de mener des activités de subsistance (agriculture, élevage). À cela s'ajoute la crise liée aux catastrophes naturelles, à la COVID-19, et aux aléas du changement climatique entraînant une insécurité alimentaire, nutritionnelle et sanitaire. Entre février 2017 et mars 2022, plus de 1 814 283 personnes ont été contraintes de fuir leur domicile pour trouver refuge dans d'autres communes<sup>11</sup>. En outre, plus de deux millions de personnes des communautés non déplacées sont durement touchées par la dégradation de leurs conditions de vie, ce qui les a rendus dépendantes de l'aide humanitaire. En 2020, environ 3 423 000 personnes sont dans le besoin dont 1 million de garçons, 1,08 million de filles, 698 000 hommes et 645 000 femmes.<sup>12</sup> L'évaluation des besoins humanitaires a relevé que 3,5 millions de personnes sont dans le besoin dont 1,3 million de personnes en situation de besoins de survie et 2,9 millions de personnes en situation d'insécurité alimentaire. Par ailleurs, 2,5 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé et approximativement 813 000 sont privées d'éducation. Enfin, le Burkina Faso fournit l'asile à 19 000 réfugiés maliens.

---

<sup>11</sup> Rapport conjoint sur la situation des PDI au Burkina Faso de l'office de coordination des affaires humanitaires des Nations Unies et du Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation du 31 mars 2022

<sup>12</sup> Plan de réponse humanitaire 2021. Burkina Faso

### III. ANALYSE DIAGNOSTIQUE

#### 3.1. Cadre organisationnel, institutionnel et juridique

A l'instar de plusieurs pays d'Afrique, le Burkina Faso a suivi le vent de la démocratie occidentale en adoptant la IV<sup>e</sup> république en 1991, avec ses exigences qui placent le peuple au cœur de la gestion. Avec ce choix de gouvernance, la santé, la justice, les droits humains, la liberté d'expression, la transparence, etc., constituent, entres autres, les principes cardinaux de ce système de gestion du domaine public.

Au Burkina Faso, la question de santé est un droit fondamental pour la population, soutenue par les textes suivants :

- a. *La Déclaration universelle des droits de l'homme en son article 25, alinéa 1 ; qui stipule que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » ;*
- b. *La Constitution du Burkina Faso de 1991 en son article 26 ; qui énonce que « le droit à la santé est reconnu. L'État œuvre à le promouvoir » ;*
- c. *Loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la Santé publique Titre 1, Article 2.*
  - L'un des principaux objectifs de la protection et de la promotion de la santé doit être de donner à l'individu et à la collectivité un niveau de santé qui lui permette de mener une vie socialement acceptable et économiquement productive.
  - Mesures sanitaires spécifiques<sup>13</sup>: (i) Protection sanitaire de la famille et de l'enfance (santé maternelle et infantile, planification familiale, avortement et abortifs), (ii) Santé scolaire et universitaire (iii) Protection de la santé des travailleurs, (iv) Protection des personnes handicapées et des personnes âgées, (v) Protection de la santé mentale, (vi) Nutrition et protection de la santé des consommateurs.

Par ailleurs, dans le cadre des dispositifs de la communication, les textes fondamentaux issus de la Constitution du 02 juin 1991 et du CNT de 2015, reconnaissent à tous le droit à l'information garantie par l'article 8, si bien que les citoyens exigent de leurs gouvernants et des structures publiques, des comptes à travers divers moyens de communication publique.

---

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

Après l'insurrection populaire d'octobre 2014, le pays a connu une évolution de l'éveil de la population qui franchit souvent les limites de cette liberté d'expression à travers les canaux classiques de communication et les réseaux sociaux. Un des secteurs des plus évoqués dans les débats publics à travers les différents médias classiques et sociaux demeure la santé.

Autant, il est reconnu le droit à la liberté d'expression, autant il existe des instruments réglementaires pour la protection des personnes physiques et morales, vis-à-vis des entreprises de communication et leur production.

C'est la mission principale du Conseil supérieur de la communication (CSC) qui régule le champ de la communication, à travers la loi organique n° 015/2013 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du CSC. Il y a en sus, la Commission de l'informatique et des libertés (CIL), à travers la loi n°001-2021/AN portant protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel. C'est aussi cette loi qui régit l'utilisation efficiente des réseaux sociaux au Burkina Faso. Toutes ces réglementations sont soutenues par d'autres textes au niveau international.

### 3.2. Eau, hygiène et assainissement

- **Accès des ménages à une source d'eau potable**

Au Burkina Faso, des efforts sont faits par l'État et ses partenaires techniques et financiers pour l'amélioration du cadre de vie et de la santé des populations. Malgré cela, l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement demeure un problème chronique accentué par les aléas des changements climatiques, la sécheresse, le manque d'infrastructures adéquates et de grandes disparités entre zones rurales et urbaines. Au plan national, le pays enregistre un taux d'accès à l'eau potable qui est 76,4% en fin 2020. Ce taux en milieu rural (2020) est de 55,2% à l'Est, 57,2% au Sahel, 58,6% au niveau des Hauts-Bassins, 60,5% dans les Cascades et 69,8% dans la Boucle du Mouhoun<sup>14</sup>.

En 2019, 80% des ménages (8 sur 10) ayant une femme comme chef ont accès à des sources d'eau potable au Burkina Faso. Cet indicateur est de 75,6% chez les ménages administrés par les hommes. Il existe un léger avantage pour l'accès à l'eau potable des ménages gérés par les femmes (63%) comparativement à ceux gérés par les hommes (59%), tant en milieu rural qu'en milieu urbain en 2018<sup>15</sup>. En 2014, environ 84% des ménages burkinabè se situaient à moins de 30 minutes d'une source d'eau potable<sup>16</sup>.

Les pénuries d'eau ont un impact sur la surcharge de travail des femmes et des filles car elles sont chargées de l'approvisionnement domestique, avec huit fois plus de temps consacré par les femmes comparativement aux hommes. Le type d'ustensile utilisé pour le transport de l'eau semble déterminant pour l'implication des hommes (barriques, bidons plastiques) à vélos, pousse-pousse et traction animale plutôt que les canaris et les cuvettes portées sur la tête par les femmes<sup>17</sup>.

- **Accès des ménages à des latrines améliorées**

Au plan national, le taux d'accès aux latrines améliorées est de 11,3% et varie selon les régions. Il est de 18 % dans la région du centre et de 1,6 % dans la région du Centre-sud<sup>18</sup>. L'accès aux latrines améliorées des ménages reste faible.

En 2019, seulement 24,6% des ménages gérés par les femmes utilisaient des installations sanitaires améliorées, contre 22,4% des ménages dirigés par des hommes. En milieu rural, moins de 2 ménages sur 10 (13% et 13,2%) bénéficiaient de latrines améliorées en 2019<sup>19</sup>. La défécation à l'air libre est pratiquée par 55% de la population soit 9% en milieu urbain contre 75% en milieu rural<sup>20</sup>. En milieu rural, les femmes sont contraintes de faire de longues distances pour trouver des abris pour leurs besoins. Elles sont donc obligées d'aller aux selles tôt le matin ou tard dans la soirée, en s'éloignant de leurs domiciles. Cela les expose aux risques de violences sexuelles, mais aussi aux infections urinaires à cause de la rétention des selles et des urines en attendant les moments propices.

Par ailleurs, le taux d'équipement en latrines dans les centres de santé est de 77,3% et dans les écoles 72,4%. Ces taux, bien qu'ils soient généralement en hausse par rapport à 2017, sont insuffisants compte tenu des besoins réels de la population en matière d'hygiène et assainissement.

- **Gestion des déchets et eaux usées**

Dans la plupart des régions, les eaux de douche sont majoritairement évacuées dans la nature, sauf dans la région du centre où plus de 60% des ménages utilisent un système amélioré<sup>21</sup>. Les hommes participent de plus en plus aux activités

d'assainissement et d'hygiène en milieu urbain grâce aux travaux de Haute intensité de main-d'œuvre (HIMO) organisés par les mairies et les mesures sociales du Gouvernement. Ces travaux réalisés en équipes mixtes consistent à nettoyer les rues, curer les caniveaux, désherber et ramasser les déchets urbains. Les actions concernant l'hygiène restent cependant dominées par les femmes<sup>22</sup>. Selon l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages, les services municipaux n'assurent que l'enlèvement des déchets de 19% des ménages ou des particuliers<sup>23</sup>. La route, les caniveaux ou les dépotoirs sauvages restent les lieux où les ménages se débarrassent des ordures. Ainsi, six (6) ménages sur dix (10) y ont recours. Cette pratique est plus courante en milieu rural (67,3%) qu'en milieu urbain (38,6%). En plus, au niveau des lieux publics la régularité de la collecte et du ramassage des ordures ne se font pas de manière quotidienne. Ces mauvaises pratiques créent des tas d'immondices entraînant la prolifération des vecteurs de maladies.

Quant à l'évacuation des eaux usées, il ressort que sur le plan national 2,3 % des ménages ont recours au réseau d'égouts ou des puisards.

- **Hygiène et assainissement**

Selon le rapport bilan annuel de 2018 des programmes nationaux d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement des eaux usées et excréta, le taux d'accès à l'assainissement familial est de 16,4% contre 15,1% en 2017. En milieu urbain, le taux d'accès à l'assainissement est de 38,2 % contre 38,1 % en 2017.

A ce faible taux d'accès s'ajoutent des pratiques peu hygiéniques notamment :

- la défécation à l'air libre ;
  - la consommation d'eau non potable (de mare ou eau stagnante et des puits traditionnels, la mauvaise conservation et manipulation de l'eau à domicile) ;
  - la faible utilisation des latrines ;
  - l'insuffisance de lavage des mains au savon avec de l'eau propre ;
  - l'utilisation de récipient commun ;
  - l'hygiène précaire en matière de restauration ;
  - la cohabitation avec les animaux ;
  - l'insuffisance dans l'inspection des denrées alimentaires ;
  - les pratiques funéraires incluant la manipulation du cadavre ;
-

- l'enterrement non sécurisé etc.

Dans les sites abritant les PDI, les conditions d'hygiène et assainissement sont peu reluisantes.

Pour remédier à cette situation, des programmes nationaux en matière d'eau et d'assainissement et une politique nationale en matière d'hygiène publique ont été élaborés afin d'aider les ministères et les collectivités locales à l'atteinte des objectifs du développement durable (ODD) à l'horizon 2030.

Le MSHP en collaboration avec ses partenaires et les collectivités territoriales contribuent à la promotion de l'hygiène publique au Burkina Faso.

Des activités d'inspections et de suivis au niveau des unités de production d'eau, sont effectuées chaque année afin d'évaluer les conditions d'hygiène et d'assainissement et de vérifier leur conformité. Dans le cadre de la prévention des infections, les structures habilitées sont dotées en matériels de protection et en désinfectants. Force est de constater que cette dotation reste insuffisante.

Le contexte de la pandémie lié à la COVID -19, la promotion des bonnes pratiques en matière d'hygiène et du respect des mesures barrières telles que le lavage des mains avec de l'eau propre et du savon pourrait être une opportunité de prévention contre les maladies endémo épidémiques, émergentes et ré-émergentes.

### 3.3. Situation sanitaire

- **Structuration et fonctionnement du système de santé**

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

- le niveau central comprend les directions et structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du secrétariat général. Il est responsable de l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;
- le niveau intermédiaire comprend les directions régionales en charge de la santé (DRS) au nombre de 13 et est chargé de la coordination et de l'appui aux districts sanitaires;
- le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires (DS) au nombre de 70. L'ECD est responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

Sur le plan technique, l'offre publique des soins est organisée en trois niveaux qui assurent les différents types de soins (primaires, secondaires et tertiaires). L'infrastructure publique de santé comprend 5 CHU au niveau tertiaire, 9 CHR et 1 CHRU au niveau secondaire et 2158 établissements de soins au niveau primaire dont

46 CMA fonctionnels, 71 CM et 2041 CSPS. Des centres spécialisés en cours de création pour la cancérologie, neurochirurgie, médecine physique et de réadaptation, médecine traditionnelle et soins intégrés. Le positionnement de ces centres dans l'architecture de la pyramide sanitaire reste à déterminer. Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées et les services de santé des travailleurs.

Le pays compte aussi des structures privées concentrées dans les grandes villes : 3 hôpitaux au niveau tertiaire, 8 polycliniques au niveau secondaire, 286 établissements de soins du niveau primaire dont 87 cliniques, 4 CMA/HD, 65 CM, 35 cabinets médicaux, 12 cabinets dentaires, 83 CSPS, 593 autres structures de soins, 243 officines et 661 dépôts pharmaceutiques<sup>24</sup>.

Au Burkina Faso, environ 30 000 tradipraticiens de santé exercent individuellement dans des cabinets de soins et dans des herboristeries<sup>25</sup>. Pour valoriser la médecine traditionnelle, deux types de projets sont en cours d'implantation : le Centre de Médecine traditionnelle et de soins intégrés de Ouagadougou et les structures d'interfaces régionales de médecine traditionnelle dont deux sont en cours de mise en place à Ouahigouya et à Tenkodogo. En outre, il existe une offre communautaire animée par 17 648 agents de santé à base communautaire (ASBC), des organisations à base communautaire (OBC) et d'autres acteurs de la société civile qui interviennent dans le secteur de la santé. Cette offre devrait se renforcer par la création dans chaque village, d'un poste de santé communautaire animé par un agent de santé communautaire.

- **État de santé de la population**

Les populations burkinabè, à l'instar de celles des autres pays figurant sur la liste des pays moins avancés, sont victimes depuis bien d'années, de nombreux problèmes de santé qui freinent considérablement leur bien-être général et par ricochet, leur développement.

D'une manière générale, la charge de morbidité et de mortalité demeure étroitement liée au profil épidémiologique marqué par la persistance des endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles. On note aussi la réémergence de certaines pathologies telles que la dengue et la COVID-19. Le pays est à risque d'épidémies de maladies virales (virus Ebola, Lassa, Rift).

Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la méningite, la malnutrition, les maladies

---

<sup>24</sup> Annuaire statistique du MS 2020

<sup>25</sup> Décret n°2004-567/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS du 14/12/2004 portant adoption du document-cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles.

diarrhéiques, le VIH, le Sida, les IST, la tuberculose, la lèpre, les maladies tropicales négligées, et les hépatites virales.

Les maladies non transmissibles (MNT) sont en augmentation et constituent un réel problème de santé publique eu égard à l'importance des facteurs de risque et aux autres déterminants sous-jacents. En effet, de nos jours, la santé des populations est influencée d'une part par leurs comportements à travers le mode de vie (alcoolisme, tabagisme, sédentarité, consommation d'aliments de fabrication industrielle et/ou non contrôlés, consommation d'aliments chargés en sucre, sels et matières grasses) ; et d'autre part, par l'eau, l'hygiène, l'assainissement, les changements climatiques (pollution de l'environnement, gaz à effet de serre...), sécurité routière, etc. Tous ces phénomènes augmentent la prévalence de ces maladies non transmissibles avec les conséquences sur l'augmentation de la morbidité et de la mortalité. Ces maladies regroupent entre autres, les affections cardio-vasculaires, les troubles mentaux et maladies mentales, les maladies métaboliques comme le diabète, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers, les maladies génétiques et les traumatismes dus aux accidents de la route.

Le pourcentage des sujets (hommes et femmes) de 25 à 64 ans sans aucun des facteurs de risque (Fumeurs quotidiens, moins de 5 portions de fruits ou de légumes consommés par jour, activité physique insuffisante <600 MET/min, surpoids ou obésité (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>), tension artérielle élevée (PAS  $\geq$  140 mm Hg et/ou PAD  $\geq$  90 mm Hg ou sous traitement/ pour hypertension artérielle) était de 2,7% (1,7-3,7)<sup>26</sup>.

Pour répondre à toutes ces préoccupations de santé des populations, le gouvernement, à travers son département en charge de la santé, a élaboré des politiques, stratégies et plans opérationnels pour une meilleure résolution desdites préoccupations.

### 3.4. Situation des technologies de l'information et de la communication

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

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

---

<sup>26</sup> Burkina Faso. Enquête STEPS 2013

- **Le contexte de la communication au Burkina Faso**

Le Burkina Faso est un pays assez actif en matière de communication, malgré la modestie de ses moyens matériels et financiers. Il doit ce dynamisme aux médias et leurs acteurs aux plans national et international. Les médias burkinabè sont régulièrement présents sur la scène internationale, telle la Revue de la presse africaine sur RFI.

Les médias jouent un rôle d'éveil des consciences, de sensibilisation et de distraction au profit des populations. Le paysage médiatique burkinabè est en constante mutation depuis l'avènement de la Démocratie. En plus des médias publics on note divers organes de presse privés notamment communautaires dont le nombre est estimé à 393 en 2021 et implantés sur la quasi-totalité du territoire national.

Ce bouleversement de l'ordre normal a été favorisé par le développement des technologies de l'information et de la communication. C'est ainsi que le nombre des médias a évolué, d'une manière générale, de 263 en 2018, pour se situer à 453 en 2020 selon le répertoire établi par Conseil supérieur de la Communication (CSC). Les médias audiovisuels sont les plus nombreux.

- **Les médias**

***Les médias audiovisuels***

Les médias audiovisuels sont représentés par la télévision et la radio publiques et privées. L'on dénombre 198 radios contre 30 télévisions en 2020, selon le rapport du CSC. L'avènement de la Télévision Numérique Terrestre (TNT) en fin 2019, favorisé par l'accès des populations péri-urbaines et rurales à l'électricité (SONABEL et énergies renouvelables), en passant par le renforcement des offres en appareils récepteurs audiovisuel, a connu une augmentation sensible des radios et télévisions. Avec 35 sites de diffusions avec relais, la TNT permet une couverture de 98% du territoire, selon la Société Burkinabè de Télédiffusion (SBT). Une vingtaine de radio et télévisions burkinabè sont disponibles sur le satellite (via des sociétés de distributions internationales) touchant davantage les populations aux plans national et international, notamment la diaspora burkinabè. Le tableau suivant présente la répartition des médias par région, genre, type et statut.

Tableau I: Situation des médias nationaux audiovisuels par région au Burkina Faso en décembre 2021

Région	Genre	Type				Statut		Total
		Commer cial	Confes sionnel	Associa tif	Commu nautaire	Public	Privé	
Boucle du Mouhoun	Radio	4	6	1	6	7	10	17
	TV	0	0	0	0	0	0	0
Cascade	Radio	1	2	2	0	0	5	5
	TV	1	0	0	1	0	2	2
Centre	Radio	13	5	1	14	3	30	33
	TV	13	8	0	1	2	20	22
Centre-Est	Radio	6	1	3	2	2	10	12
	TV	0	0	0	1	0	1	1
Centre- Nord	Radio	3	1	2	5	2	9	11
	TV	0	0	0	1	0	1	1
Centre- Ouest	Radio	2	7	4	3	2	14	16
	TV	1	0	0	0	0	1	1
Centre- Sud	Radio	1	1	1	3	0	6	6
	TV	0	0	0	0	0	0	0
Est	Radio	0	2	6	5	2	11	13
	TV	0	0	0	0	0	0	0
Hauts- Bassins	Radio	6	6	1	2	1	14	15
	TV	2	0	0	0	1	1	2
Nord	Radio	4	5	0	4	0	13	13
	TV	1	0	0	0	0	1	1
Plateau Central	Radio	1	0	2	2	1	4	5
	TV	0	0	0	0	0	0	0
Sahel	Radio	2	1	1	4	4	4	8
	TV	1	0	0	0	0	1	1
Sud-Ouest	Radio	1	1	0	4	1	5	6
	TV	1	0	0	0	1	0	1
Total	Radio	44	38	24	54	25	135	160
	TV	20	8	0	4	4	28	32
<b>Total Général</b>								<b>192</b>

*Source* : INSD & FAPP (2021), « Audience des médias nationaux au Burkina Faso », Rapport d'étude, Burkina Faso.

### **La presse écrite**

La presse écrite est très variée et se compose comme suit : 80 organes dont 42 journaux déclarés, toutes périodicités confondues et 38 journaux institutionnels et spécialisés (CSC, 2020). Ce média est en général consommé par une classe élitiste constituée des décideurs, des intellectuels disposant d'un certain pouvoir d'achat, capable d'influencer leur entourage ou leur communauté. La presse écrite est

souvent exploitée comme source sérieuse pour certains médias audiovisuels et sociaux.

### ***Les médias en ligne***

Utilisant le multimédia, la presse en ligne a connu un essor ces dernières années passant de 16 médias en 2014 à 40 en 2017 et 145 en 2020. La presse en ligne traite plusieurs thématiques d'ordre politique, économique, social et culturel. En plus du texte et des images, ils intègrent facilement la dimension audiovisuelle dans leurs offres (productions sonores et vidéos), avec des options de Web radio ou Web TV. Inversement, les médias audiovisuels s'investissent également dans l'écrit et se déploient de manière progressive sur le Web.

Par ailleurs, la majorité des institutions et organismes communiquent sur des outils propres à travers un ensemble de plateformes digitales (sites Web et pages réseaux sociaux). C'est le cas du Ministère en charge de la santé ([www.sante.gov.bf](http://www.sante.gov.bf)). Ce nouvel environnement représente une opportunité pour renforcer les actions de communication.

### ***Les Médias sociaux***

Tout comme la presse en ligne, les réseaux sociaux constituent une véritable source et support d'information grâce à internet. C'est un espace d'interactions par excellence très prisé par la frange jeune de la population. Ils peuvent servir de canaux d'information et de communication à l'endroit de cette jeunesse (moins de 35 ans) qui est estimée à 78% de la population. Parmi ces réseaux sociaux les plus utilisés au Burkina Faso, on retrouve Facebook, Instagram, TikTok, Snapchat, Twitter, LinkedIn, YouTube, WhatsApp, Telegram, etc.

Plus de deux millions de Burkinabè, soit 9,4% de la population, utilisent les réseaux sociaux selon HootSuite. Facebook est activement utilisé par 1,9 million au Burkina Faso, 1,7 million pour Instagram, 220 mille pour LinkedIn, 35 mille pour Twitter, etc.

- **Technologies de l'information et de la communication (TIC)**

C'est un « ensemble d'outils et de ressources technologiques permettant de transmettre, enregistrer, créer, partager ou échanger des informations, notamment les ordinateurs, l'internet (sites Web, blogs et messagerie électronique), les technologies et appareils de diffusion en direct (radio, télévision et diffusion sur l'internet) et en différé (podcast, lecteurs audio et vidéo et supports d'enregistrement) et la téléphonie (fixe ou mobile, satellite, visioconférence, etc. » selon l'UNESCO<sup>27</sup>.

Pour le Ministère en charge de la transition digitale, l'accès aux technologies de l'information et de la communication est considéré comme une condition préalable au développement général de la société. Cet accès constitue même un droit fondamental des populations<sup>28</sup>. Les TIC sont ainsi en pleine expansion au Burkina Faso et dans le monde, touchant de plus en plus de personnes et pouvant donc jouer un rôle dans la communication pour le développement, notamment dans l'éducation pour la santé. Ils sont rendus accessibles, grâce aux infrastructures de télécommunication qui couvrent le territoire national.

### ***Les téléphonies***

Le secteur des télécommunications est en perpétuel accroissement jusqu'à nos jours. Le marché national est partagé entre trois opérateurs de téléphonie fixe et mobile, à savoir Moov Africa (ONATEL), Orange Burkina, Telecel Faso. Les deux types, fixe et mobile, offrent en plus internet.

#### **- une téléphonie fixe**

Le parc total national était de 74 507 lignes fixes actives à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2020, selon l'ARCEP et est offert par ONATEL S.A. et ORANGE BURKINA FASO SA, avec 14 438 d'abonnements à internet fixe à la date du 30 juin 2021. Le pays est en pleine transition des centres multimédia à l'installation d'accès internet dans les structures et domiciles, grâce au développement de l'ADSL et de la fibre optique.

#### **- une téléphonie mobile**

La téléphonie mobile offre un taux de couverture du territoire national estimé à 81,2% avec un taux de couverture de la population de 92,6%<sup>29</sup>. La couverture par localités est de 342 pour la téléphonie fixe et de 9 741 localités pour la téléphonie mobile, permettant l'accès à internet en zone rurale surtout.

L'offre du service internet mobile est effectuée sur les réseaux 2G, 3G et 4G (GPRS/EDGE, UMTS et LTE). Pendant le premier trimestre de l'année 2021, le parc total des abonnements à internet via les technologies mobiles a progressé de 3,28% pour atteindre 12 918 222 abonnements, ce qui équivaut à un taux de pénétration de 58,29% de la population nationale. La répartition du parc suivant la technologie montre que seulement 13% du parc total ont utilisé la 4G. Cette proportion est en

hausse puisqu'elle était de 11% au 1er trimestre<sup>30</sup>. La 4G facilite les communications basées sur les visioconférences et la télémédecine.

La télé-densité (fixe et mobile) était de 78,70 téléphones pour 100 habitants au 31 décembre 2015. 80 % des Burkinabè utilisent internet à travers le téléphone et la tablette, selon Hootsuite.

- **Les composantes de la communication**

Dans le système de santé, les différentes composantes de communication sont développées selon les réalités du contexte. La communication institutionnelle, la communication de crise et la communication des risques et engagement communautaire, auxquelles il convient d'associer le changement social et comportemental (CSC) qui intègre la communication pour le développement dans son processus. La communication institutionnelle se subdivise en communication interne, externe et de crise et s'exécute sous plusieurs formes.

- **La communication traditionnelle**

Dans ce contexte, la notion de communication traditionnelle fait référence aux différents outils utilisés dans les cultures et traditions africaines. Les canaux et réseaux de communication traditionnelle et/ou communautaire sont nombreux et diversifiés. Bien exploités, ils deviennent de puissants moyens de communication pouvant induire un changement de comportement social. Ainsi on peut dénombrer entre autres :

- **la chefferie coutumière** dans sa diversité culturelle, les leaders d'opinion, etc.
- **les communicants traditionnels** (les crieurs publics, les griots, les chansonniers etc.) ;
- **les moyens d'expression culturels ou artistiques** (arts de la scène : cinéma, théâtres, musique traditionnelle et moderne, hip-hop, slam, danse ou chorégraphie ; les arts plastiques ou photographiques : dessins, peintures, etc.) sont autant de moyens de communication riches et variés dont dispose le Burkina Faso, pouvant conduire au changement ;
- **les occasions de rencontre** : il s'agit des djandjoba, cabarets, fêtes populaires, marchés, foires, les lieux de cultes, fêtes traditionnelles, parcs à bétail, funérailles, fontaines publiques, les salons de coiffure, les salons de couture, les «grins de thé», mariages, baptêmes.... Il y a aussi les maisons des jeunes, les « maquis » et restaurants, les réseaux sociocommunautaires (les cérémonies culturelles,

traditionnelles, de famille et autres), les centres jeunes, les maisons de la femme sont autant d'espaces de communication de proximité pouvant servir à la diffusion des informations ;

- **le réseau associatif** qui est assez diversifié (associations de femmes, de jeunes, de retraités, de paysans, de tradipraticiens de santé (TPS), associations professionnelles, etc.) peut contribuer dans des domaines variés, à diffuser l'information auprès des populations ; les agents de santé à base communautaire (ASBC), les organisations à base communautaire dont le nombre au Burkina s'accroît de jour en jour. Il est à noter que les ASBC et les crieurs publics constituent essentiellement les canaux de communication de proximité privilégiés.

- **Audience des médias**

Une étude récente commanditée par le Fonds d'Appui à la Presse Privée (FAPP) et réalisée par l'INSD vient de livrer les audiences des médias au Burkina Faso. Selon son rapport provisoire, sur le plan national la RTB est la télévision la plus suivie, Savane FM, la radio la plus écoutée, L'Observateur Paalga, le journal le plus lu, et Le Fasonet, le site Web le plus consulté (Tableau I).

Tableau II : Top 5 des médias nationaux les plus suivis dans la semaine par ordre d'importance

Média	1 <sup>er</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	4 <sup>ème</sup>	5 <sup>ème</sup>
<b>Radio</b>	Savane FM Ouaga (13,27)	RTB/Radio (9,05)	Radio Oméga (3,04)	Savane FM Nord (2,9)	La Voix du Paysan (2,51)
<b>Télévision</b>	RTB Télé (18,96)	BF1 (14,68)	Savane TV (9,11)	Burkina Info (8,50)	LCA TV (3,53)
<b>Presse écrite</b>	L'Observateur Paalga (1,35)	Le Pays (0,93)	Sidwaya (0,59)	L'Express du Faso (0,21)	Aujourd'hui au Faso (0,20)
<b>Presse en ligne</b>	Lefaso.net (1,45)	burkina24 .com (0,53)	Faso Sport News (0,27)	faso-actu.net (0,24)	ouaga24.com (0,19)

*Enquête d'audience FAPP/INSD, 15 décembre 2021*

Il ressort que 82% des ménages disposent d'un poste radio fonctionnel, 67% d'un poste téléviseur fonctionnel. L'étude indique également que 27% des citoyens ont accès aux chaînes étrangères contre 3% en milieu rural.

### 3.5. Bilan des politiques et stratégies

Lors de l'évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS 2011-2020, l'une des insuffisances notées a été sa faible connaissance sur le terrain, d'où une faiblesse

notable de son appropriation par une grande partie des acteurs du système de la santé.

Pour rectifier le tir et gagner l'implication des acteurs dans la mise en œuvre du PNDS 2021-2030, une stratégie intégrée de communication et CSC, afin de renforcer sa visibilité, son appropriation générale et l'adoption d'attitudes et de comportements favorables à la santé et au mieux-être, s'avère nécessaire. Ce document-cadre va servir de référence pour l'élaboration des plans opérationnels de communication. Il répond également à un principe de redevabilité afin de contribuer à la mesure de la performance du système de santé.

Un document de stratégie de communication en santé couvrant la période 2018-2022 a été élaboré au sein du secteur de la santé. Cependant cette stratégie n'a pas été adoptée et n'a pas connu une réelle mise en œuvre.

### 3.6. Analyse situationnelle des domaines de la communication en santé et changement social et comportemental

L'analyse s'est faite en fonction des orientations stratégiques suivantes du PNDS 2021-2030 :

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

Cet axe est assez fondamental en ce sens qu'il oriente de manière stratégique l'ensemble des actions du Ministère dans lequel la communication occupe une place prépondérante dans l'expression même du management et de la bonne gouvernance. Alors, la communication institutionnelle et de crises devient une composante majeure du système d'une communication à 360° du département ministériel, lui garantissant son image, sa notoriété, la synergie d'actions en interne et en externe, etc. Toute chose qui renforce son efficacité, sa transparence et son devoir de redevabilité envers la nation à laquelle, il doit rendre compte conformément aux textes réglementaires.

#### ➤ **Organisation de la communication au sein du MSHP**

La communication au sein du MSHP est organisée suivant les trois niveaux du système de santé :

- **Au niveau central**

La communication est animée essentiellement par la DCRP, la DPES et le CORUS. Les autres directions transversales, les structures rattachées et l'ensemble des projets et programmes disposent également d'unités chargées de la communication. Il faut

cependant noter que la plupart des directions centrales et services rattachés ne disposent pas de services chargés de la communication.

- **Au niveau intermédiaire**

La communication s'organise autour des services et bureaux de promotion de la santé au sein des DRS et des CHR. Bien que ces services existent, les agents en charge de la communication ne sont pas suffisamment outillés en matière de communication institutionnelle et dont les actions sur le terrain restent limitées.

- **Au niveau périphérique**

Des structures de soins, certaines ne disposent pas de services chargés de la communication : hôpitaux de district, CM et CSPS.

La mise en œuvre des activités de communication fait intervenir plusieurs acteurs en interne et en externe au MSHP.

Au niveau interne, la communication est assurée principalement par un personnel aux qualifications diverses aux différents niveaux du système de santé. Le personnel qualifié pour la communication institutionnelle et pour le changement de comportement social se retrouve majoritairement au niveau central.

Pour les niveaux intermédiaire et périphérique, la communication est assurée par des prestataires de soins, des administrateurs des services ou des gestionnaires des programmes. A ce niveau, ils font essentiellement de la communication pour le changement de comportement social au niveau du sous-secteur sanitaire public.

Dans le secteur sanitaire privé, il y a peu d'acteurs de communication. Également, les tradipraticiens de santé assurent la communication de proximité sur leurs activités. Mais le contenu de cette communication reste peu maîtrisé.

Au niveau externe, la collaboration multisectorielle en matière de communication se fait à travers plusieurs cadres. Dans le cadre de la mise en œuvre des directives du RSI, l'exécution de la communication des risques met en contact plusieurs départements ministériels pour une gestion efficace de la communication en cas de risque de santé publique. Le RSI prévoit une coordination, une collaboration avec les différents départements ministériels qui puisse permettre une gestion efficace, planifiée et prévisionnelle de la communication. En période d'épidémie, d'anthropo-épizootie, de catastrophes anthropiques et naturelles, les départements ministériels tels que la santé humaine, la santé animale, l'environnement, les transports, l'action sociale... doivent mettre en place un système de communication avant, pendant et après.

Le comité national de gestion des épidémies (CNGE) offre un cadre de coordination de cette communication en période de risque. Cependant, le fonctionnement de ce cadre est restreint au MSHP et sa coordination est insuffisante.

Aussi, existe-t-il une collaboration entre le Ministère de la communication à travers le service d'information du gouvernement (SIG) et la DCRP du MSHP pour mettre en œuvre de la communication gouvernementale pour l'atteinte des objectifs du PNDES. Les responsabilités de ce service donnent à la DCRP des opportunités d'utiliser les canaux des médias publics pour une diffusion des actions de communication du ministère. Il reste qu'il y a une faible exploitation de ces canaux par méconnaissance de son fonctionnement.

Le défi réside dans la mise en cohérence des actions de communication pour dynamiser la mise en œuvre des actions multisectorielles de santé.

Le tableau ci-après fait ressortir les domaines ainsi que les niveaux de collaboration souhaités dans le cadre de communication en santé avec les autres départements ministériels.

Tableau III : Domaines de collaboration entre le MSHP et les autres départements ministériels en matière de communication.

<b>Autres ministères et Institutions</b>	<b>Domaines de collaboration</b>	<b>Niveau de collaboration</b>
<b>Ressources animales</b>	Partage d'informations dans la gestion des épizooties ou des maladies zoonotiques aussi bien en temps de crise qu'en période d'accalmie. Participer à la formulation des actions de communication.	Faible
<b>Agriculture</b>	Communication sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle.	Faible
<b>Genre, famille et solidarité nationale</b>	Communication sur l'éducation à la jeune fille Communication sur les violences basées sur le genre (mariages précoces/forcées, grossesses précoces, MGF)	Faible
<b>Jeunesse, emploi et formation professionnelle</b>	Dividende démographique : • Communication sur l'accès à l'emploi • Communication sur l'autonomisation de la jeune fille	Faible
<b>Éducation nationale et alphabétisation</b>	Dividende démographique : Communication sur la scolarisation féminine (primaire, post-primaire et universitaire)	Faible
<b>Environnement</b>	Communication sur la pollution de l'environnement et les produits toxiques.	Faible
<b>Transport /</b>	Communication sur les accidents de la voie	Faible

<b>Commerce</b>	publique, sur le transport des produits dangereux et toxiques, sur le transport des denrées (d'origine animale et végétale) et agrégats.	
<b>Administration territoriale</b>	Communication dans le cadre de transfert des compétences et des ressources en matière de santé	Faible
<b>Sécurité</b>	Communication sur la sécurité routière : réglementation Communication sur le milieu carcéral (détenus)	Faible
<b>Eau et aménagements hydrauliques</b>	Communication sur l'usage sécurisée (approvisionnement, conservation, hygiène) de l'eau, la pollution de l'eau	Faible
<b>Mines</b>	Communication sur la pollution des points d'eau, sur l'utilisation des amphétamines nuisibles à la santé Communication sur l'environnement du travail et la protection des travailleurs	Faible
<b>Fonction publique, travail et protection sociale</b>	Communication sur la protection des travailleurs, sur l'environnement du travail, des personnes du troisième âge	Faible
<b>Economie et finances</b>	Communication sur les mécanismes de mobilisation des ressources financières au profit de la communication en santé	Faible
<b>Ministère de la communication</b>	Communication gouvernementale du secteur santé Accompagnement du MSHP en matière de communication	Bonne
	Accompagnement des médias privés dans le cadre de la promotion de la santé publique et de la visibilité des actions de communication	Faible (condition financière)
<b>Assemblée nationale</b>	Adoption des lois et contrôle de l'action gouvernementale en lien avec la santé	Faible

Excepté le Ministère de la communication, la collaboration avec les autres départements ministériels et institutions est faible. Les actions correctrices à entreprendre consistent en la création de cadres formels d'échanges périodiques afin de minimiser la survenue des maladies et autres événements de santé publique

d'importance majeure, liés aux insuffisances de chacun de ces départements en matière de communication.

➤ **Opérationnalisation de la communication**

Dans le domaine spécifique de la santé, différents plans de communication ont été adoptés et servent de références aux interventions en matière de communication.

On peut citer entre autres :

- Les plans intégrés de communication (PTME, nutrition, subvention des accouchements et SONU, paludisme, PEV, SASDE, hygiène publique, MPE, MTN, cancer du col de l'utérus) ;
- Le plan de sensibilisation et de création de la demande en appui à l'élimination du cancer du col de l'utérus au Burkina Faso, 2021-2024
- Les stratégies de communication des directions centrales et des programmes :
  - la stratégie de communication du PNT ;
  - la Stratégie nationale de plaidoyer, mobilisation sociale et communication pour le changement social et de comportement en faveur de la nutrition au Burkina Faso ;
  - le Plan stratégique de communication en appui aux interventions intégrées à base communautaire en matière de santé ;
  - le Plan stratégique de communication en santé de la reproduction, 2016-2020 ;
  - le Plan opérationnel de communication en appui à la lutte contre la MVE ;
  - le Plan de communication en appui à la mise en œuvre du projet de transformation des CSPS en CM ;
  - le Plan stratégique communication VIH ;
  - la Stratégie nationale de communication pour le changement social et comportemental (SWEDD) ;
  - le Plan national de communication sur la stratégie de gratuité des soins.

La diversité de ces différents plans de communication constitue un atout, mais leur mise en œuvre non coordonnée pourrait constituer des entraves dans la cohérence des interventions. Néanmoins, la mise en œuvre des interventions en matière de communication a conduit à l'élaboration de nombreux outils et supports (boîte à images, affiches, dépliants, brochures, cassettes vidéo et audio...) dans le domaine de la santé.

Au niveau de cette OS, il est ressorti comme problème prioritaire principal que le **leadership et la coordination de la communication avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle en matière de CSC sont insuffisants** malgré des efforts consentis dans ce sens.

En effet, plusieurs documents d'orientation pour l'application de la vision politique du chef de l'État à travers le Plan national de développement économique et social (PNDES), en droite ligne avec ceux du ministère, à travers le PNDS et la PSS s'offrent comme des outils clés. À ceux-là, s'ajoute l'existence de cadres multiples et/ou permanents de concertations avec les parties prenantes (internes et externes), l'existence des structures (dont une direction centrale) de communication à plusieurs niveaux qui sont dotées de leurs propres stratégies et/ou plans, l'existence d'une panoplie d'outils ou canaux de communication de plus en plus renforcée par le digital, l'existence d'une cellule de veille, de prévention et de gestion de crises au sein du ministère de la santé...

En dépit de tout cela, il ressort à travers les différentes analyses faites par les acteurs du système de la santé que les actions restent faibles pour divers motifs.

Il s'agit principalement de la faiblesse du leadership et de la coordination des activités de communication et CSC, de la faible connaissance par les acteurs du système de santé des principaux documents d'orientation ci-dessus cités, d'une insuffisance de communication interne et externe, de l'absence de documents de procédures en matière de communication, de l'insuffisance dans la mutualisation des actions des parties prenantes, etc.

Cet état de fait engendre une faible capitalisation et dissémination des bonnes pratiques, une récurrence des mouvements sociaux au sein du MSHP, une perception négative des usagers sur les prestations de services, altérant l'image de l'institution.

## **OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé**

Avec 32 141 agents en 2021 dont 51,50% de femmes et 48,50% d'hommes, le ministère en charge de la santé, fait partie des plus gros pourvoyeurs d'emplois au Burkina Faso, avec un maillage du territoire assuré notamment par les agents de santé à base communautaire (ASBC). Ceci pourrait constituer un avantage pour le fonctionnement de la communication. Le département dispose par ailleurs de personnel spécialisé en communication, à travers la DCPM et d'autres structures centrales et rattachées, mais ce nombre reste quasiment insignifiant et peu coordonné, au regard des nombreux défis dans le domaine. Il faut noter que ces professionnels de la communication, bénéficient de l'appui multiforme des PTF dont le renforcement de capacités.

À tous les niveaux, l'on note une insuffisance en matière de compétence essentiellement due à une question de gouvernance et une insuffisance de ressources financières. Pourtant, il existe un potentiel de communicants CSC qui est peu exploité, auquel on peut associer le personnel dans les autres aspects de la communication (institutionnelle, de crises, CREC, etc.). Tout cela a pour

conséquence, de manière générale, une augmentation de la morbidité et mortalité au sein des populations et la persistance du mauvais état de santé.

### **OS 3 : Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la CSU**

Compte tenu des facteurs environnementaux, du mode de vie et de la biologie humaine (génétique), le système de soins constitue l'un des déterminants de l'état de santé des populations. La performance de ce système dépend non seulement de ses caractéristiques intrinsèques, mais aussi, et surtout de son niveau d'utilisation. En effet, il ne suffit pas que les services de santé existent, il faut que la population les utilise convenablement. Reconnaissant qu'une population en bonne santé participe au développement économique et social, à la résilience et à la prospérité, l'État du Burkina Faso s'est lancé sur la voie de la CSU. L'on note cependant un déficit persistant en termes de communication en interne et en externe, de manière ascendante et descendante (vice versa), de manière horizontale et avec les usagers.

Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services et soins de santé sans encourir de difficultés financières. Pour y parvenir, la communication et le CSC ont un rôle prépondérant à jouer. Des organes de communication publics et privés et de promotion du CSC doivent être utilisés en vue de faire passer des messages ou de faire tomber des barrières afin de promouvoir des attitudes et des comportements favorables à la santé.

En raison de la crise sécuritaire et la pandémie de la COVID-19, les prestations de service de santé et de nutrition demeurent insuffisantes et de faible qualité. Les infrastructures, les équipements et la logistique sanitaires sont insuffisants, hétérogènes, inadaptés et leurs maintenances défectueuses. Les produits de santé (y compris les produits sanguins labiles) de qualité sont peu accessibles aux populations.

La politique sanitaire est ainsi marquée au Burkina Faso dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux services de santé, par l'entrée en vigueur en avril 2016 de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Il s'agit d'une mesure phare du gouvernement du Burkina Faso visant à améliorer l'accès des groupes vulnérables aux services de santé. En dépit de ces énormes efforts et des politiques en matière de santé, l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier reste à améliorer.

Pour ce faire, différentes ressources en matière de communication et de CSC doivent être utilisées que ce soit au niveau du canal institutionnel (communication

ascendante et descente), du canal médiatique (radiodiffusion, télévision, presse écrite, cinéma, affiche, internet et réseaux sociaux), du canal socioculturel (socio-traditionnel) et du canal commercial (marché et supermarché par exemple) et des relations publiques (gadgets ou supports de communication et de CSC). Les différents canaux et supports devraient être utilisés en fonction du degré de pénétration et de leur efficacité pour faire la promotion du système de santé et permettre son accès aux populations.

Pour l'utilisation des services de santé, avant la crise sécuritaire, 40% de la population burkinabè vivaient à plus de cinq (05) kilomètres de formations sanitaires, ce qui exige la population à parcourir une distance importante pour atteindre une formation sanitaire. Avec la fermeture de centres de santé et l'insécurité, ce problème s'est aggravé. Certaines régions sont particulièrement touchées comme le Nord, le Centre-Nord, la Boucle du Mouhoun, les Cascades, l'Est, les Hauts Bassins le Sahel et le Sud-ouest. Les populations de 89% de ces localités n'avaient pas accès à des services de santé à distance de marche. Le fait que les évacuations sanitaires ne soient pas possibles dans les centres de santé de certaines localités accentue ce problème. Les malades doivent organiser leur propre transport, souvent dans un contexte de forte insécurité ce qui les met à risque d'être pris pour cibles par les groupes armés.

Dans le domaine de la nutrition, une estimation montre que 631 787 enfants âgés de 6 à 59 mois et 128 672 femmes enceintes et allaitantes souffriront de malnutrition aiguë durant l'année 2021 au Burkina Faso, sur la base des résultats de l'enquête nutritionnelle nationale (SMART) réalisée entre octobre et novembre 2020. De nouvelles données du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont révélé une détérioration de la situation nutritionnelle des enfants au Burkina Faso, avec plus de 535 000 enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition aiguë. Il est essentiel que les populations comprennent et s'approprient le système de santé pour une utilisation judicieuse.

#### **OS4 : Adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique**

Plusieurs interventions de communication et de CSC sont développées par le ministère en charge de la santé (existence de la DPES, des services de promotion de la santé au niveau DRS et district...) et ses partenaires que sont les ONG et associations pour promouvoir l'adoption de comportements favorables à la bonne santé. Malgré ces efforts, le contexte sanitaire du pays est encore marqué par la persistance de comportements peu favorable à la santé et un indice synthétique de fécondité élevé (5,40 enfants par femme en 2019, RGPH 2019). Cet état de fait est inhérent à des gaps en termes de comportements et de normes sociales à plusieurs niveaux que sont les niveaux individuel, familial, communautaire, social et structurel.

Sur le plan individuel, la situation sanitaire est principalement caractérisée par une persistance des pratiques néfastes à la santé (automédication, sédentarité, usage détourné des médicaments, etc.), la persistance de la délinquance juvénile, la faible utilisation des services de santé par les populations, la morbidité et de la mortalité élevée (11,8 pour mille en 2015, EMDS 2015). Cette situation laisse entrevoir des défis en termes de qualité des messages et supports de CSC, la connaissance et la mise en œuvre des approches innovantes par les intervenants à tous les niveaux pour le CSC et de CIP entre les prestataires et les usagers des services de santé.

Au niveau familial, l'on assiste à une destruction du tissu familial et à l'abandon des parents dans l'éducation des enfants. Cette situation occasionne la consommation abusive de l'alcool et des substances addictives et le nombre élevé de grossesses précoces et non désirées chez les jeunes et adolescents particulièrement.

Sur le plan communautaire, la situation présente un faible engagement des communautés dans la gestion de leur santé. Cela s'explique par une faible implication de ces communautés dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des différentes interventions pour le changement social et comportemental due une faible capacité des acteurs à le faire efficacement.

La situation au niveau social et structurel est marquée par la persistante des normes de genre et socio-culturelles défavorables à la bonne santé des populations. Concernant la santé sexuelle et reproductive par exemple, « *l'influence du mari dans les décisions de pratiquer la planification familiale est assez déterminante* »<sup>31</sup>. A cela s'ajoute un faible accès financier et géographique aux services de santé dans les zones à sécurité précaire par les populations et des ruptures fréquentes des médicaments pris en charge par la politique de gratuité des soins offerts à la femme et à l'enfant qui ne favorisent pas la pratique des comportements souhaités.

#### **OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires**

L'évolution du contexte sanitaire et sécuritaire ces dernières années au Burkina Faso exige de développer des interventions efficaces en communication pour faire face aux urgences sanitaires. Le dispositif de communication mis en place connaît en effet des insuffisances en termes d'anticipation de la communication qui occasionnent la persistance des comportements à risque soutenus par les rumeurs et la lenteur des mesures prises pour les corriger en contexte d'urgence sanitaire. Par ailleurs, les efforts consentis pour développer des plans de riposte devraient être poursuivis pour parvenir à des simulations régulières de ces plans afin de s'assurer de leur adaptation aux différents contextes en perpétuelle mutation.

---

<sup>31</sup> Jhpiego, 2021. *Étude socio- culturelle et genre de base dans le cadre de la mise en place des stratégies et le suivi évaluation des interventions du projet IFHS de Jhpiego dans les régions de Centre-Ouest, Centre-Est et Sud-Ouest du Burkina Faso*, 37p.

En matière d'implication de la communauté dans la gestion des urgences sanitaires, l'analyse de la situation laisse observer des gaps dus à des insuffisances dans la mise en œuvre des approches d'engagement communautaire.

### 3.7. Synthèse des forces et des faiblesses

La synthèse est faite en fonction des orientations stratégiques du PNDS 2021-2030.

Tableau IV : Synthèse en forces et faiblesses

Forces	Faiblesses
<b>OS 1 : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une organisation pyramidale du système de santé favorisant la communication</li> <li>• Existence de Comités de gestion des épidémies à tous les niveaux du système de santé (CNGE, CRGE, CPGE)</li> <li>• Existence d'une volonté politique pour la communication et CSC en santé</li> <li>• Existence d'une direction en charge de la communication</li> <li>• Existence d'une convention avec les organes de presse</li> <li>• Disponibilité des autorités sanitaires à accompagner les événements internes et externes (patronage, présidence parrainage...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance dans la coordination de la communication avec les parties prenantes</li> <li>• Insuffisance dans le dialogue avec les parties prenantes (partenaires sociaux, société civile, institutions de formation, secteur privé de soins, PTF...)</li> <li>• Insuffisance d'anticipation dans les actions de communication efficaces et efficientes</li> <li>• Faible documentation/capitalisation /diffusion des bonnes pratiques en matière de CSC</li> <li>• Insuffisance de la mutualisation des actions des acteurs (santé humaine, animale, environnementale, eau et assainissement, collectivité territoriale, agriculture, recherche ...)</li> <li>• Faible valorisation des résultats de recherche en santé</li> </ul>
<b>OS 2 : Développement des ressources humaines pour la santé</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de ressources humaines qualifiées en communication dans certaines structures centrales et rattachées</li> <li>• Existence d'un potentiel de communicants CSC pouvant être</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance de compétences des acteurs du système de santé sur la communication des risques et d'engagement communautaire</li> <li>• Insuffisance dans l'accueil et la communication interpersonnelle en milieu</li> </ul>

<p>exploité en faveur de la communication institutionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un important réseau d'acteurs communautaires pouvant être mobilisés en faveur de la communication de proximité (ASBC, COGES, crieurs traditionnels, CSD, ONG et associations...)</li> <li>• Formation continue des acteurs sur la CREC</li> <li>• Engagement des PTF dans le renforcement des compétences des acteurs de la santé</li> <li>• Existence de cadre de formation continue des acteurs lors des journées scientifiques</li> </ul>	<p>de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance de compétences en CSC des acteurs chargés de la communication à tous les niveaux du secteur santé (santé, action sociale, agriculture, eau et assainissement, etc.)</li> <li>• Insuffisance d'exploitation des données de recherche dans le renforcement des capacités des acteurs</li> </ul>
--	---

**OS 3 : Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la CSU**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une stratégie nationale de santé</li> <li>• Existence d'une stratégie nationale de communication sur la gratuité des soins</li> <li>• Existence d'un plan national de communication sur les risques et engagement communautaire</li> <li>• Mise en œuvre de plans intégrés de communication dans certains programmes</li> <li>• Existence d'un cadre de concertation multisectorielle de dialogue (CSD)</li> <li>• Existence d'outils de communication des actions du MSHP ;</li> <li>• Existence de la charte des</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de communication en matière d'offre de services de santé de qualité</li> <li>• Insuffisance dans la communication interpersonnelle (soignant soignant, soignant soigné)</li> <li>• Insuffisance dans les approches de communication avec les usagers sur les domaines prioritaires de santé (mise au sein précoce, AE, PF, CPN4...)</li> <li>• Faible engagement communautaire</li> <li>• Insuffisance d'appropriation par la DPES de ses attributions en vue de l'accompagnement des autres directions techniques pour lever les goulots d'étranglement en matière de CSC</li> <li>• Faible recours aux services de santé par les populations</li> <li>• Non-respect/méconnaissance par le</li> </ul>
--	---

<p>patients dans les services de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de livrets d'accueil du patient dans certains hôpitaux</li> <li>• Existence de la DPES</li> </ul>	<p>grand public du circuit du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance des interventions pour la PCI</li> </ul>
<p><b>OS4 : Adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence des centres de recherche pour la santé</li> <li>• Existence de structures engagées dans la promotion de la santé</li> <li>• Appui des ASBC à la mobilisation sociale et la prise en charge communautaire de certaines pathologies</li> <li>• Existence d'un GTT/CSC</li> <li>• Existence de documents normatifs en matière d'assainissement et eau potable</li> <li>• Institutionnalisation des journées de promotion de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible connaissance des populations sur les facteurs de risques en matière de santé</li> <li>• Faible diffusion des messages de sensibilisation</li> <li>• Faible adhésion des populations aux comportements favorables promus sur les facteurs de risques en matière de santé</li> <li>• Faible développement de la communication à l'endroit des groupes spécifiques</li> <li>• Faible qualité des messages de sensibilisation</li> <li>• Insuffisance dans la mise en œuvre des approches de communication centrée sur la personne</li> <li>• Insuffisance d'information sur les produits chimiques nocifs à la santé et sur le contrôle phytosanitaire des aliments et végétaux</li> <li>• Forte consommation de l'alcool, du tabac et des autres substances et phénomènes addictifs</li> <li>• Insuffisance de mécanisme de mobilisation de ressources financières endogènes pour la mise en œuvre des interventions en CSC</li> <li>• Mauvaise pratique de gestion de l'eau potable à travers le système Approvisionnement en eau potable (AEP) dans les ménages</li> <li>• Faible prise en compte de la filière de</li> </ul>

	<p>gestion des déchets solides, des eaux usées et excréta dans les interventions en CSC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidence élevée des traumatismes liés aux accidents domestiques et de la voie publique</li> </ul>
<b>OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de cadre formel de gestion des crises (CNGE, CRGE...)</li> <li>• Existence d'un centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires (CORUS)</li> <li>• Existence de plans de gestion des risques d'épidémies (plan de riposte, plan blanc...)</li> <li>• Existence de stratégie et plan de prévention contre les infections</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance de la coordination de la communication dans la gestion des urgences sanitaires</li> <li>• Dispositif de communication pour la réponse aux urgences sanitaires peu performant</li> <li>• Insuffisance des interventions CSC pour une offre de services de qualité et à haut impact aux populations en zones touchées par les épidémies, catastrophes et conflits</li> <li>• Insuffisance des capacités techniques et gestionnaires des hôpitaux en matière de CSC face aux situations d'urgences sanitaires</li> <li>• Faible capacité de résilience et de coordination intersectorielle et des parties prenantes face aux maladies émergentes dans le cadre de l'approche « One Health »</li> </ul>

### 3.8. Synthèse des opportunités et des menaces

#### **Opportunités**

- le développement rapide des technologies de l'information et de la communication (TIC) offre des facilités ;
- la mobilisation, pour l'agenda santé mondiale, des PTF traditionnels et de fondations financées par les philanthropes ;
- la question de la santé des populations fait partie des priorités politiques déclinées dans les référentiels nationaux de développement économique et social ;

- l'existence de potentialités locales et la prise de conscience pour la mobilisation des ressources internes ;
- l'engagement des PTF en faveur du développement de la communication pour la santé ;
- la disponibilité des moyens de communication ;
- le paysage médiatique diversifié ;
- l'existence d'associations et réseaux de communicateurs dans le domaine de la santé ;
- l'existence d'organisations à base communautaire ;
- l'implication des collectivités territoriales ;
- l'appui des médias, ONG/Associations et OSC à la mobilisation sociale.
- Existence d'évènements majeurs culturels et sportifs (FESPACO, SIAO, SNC, Tours du Faso, compétitions sportives, etc.)

### **Menaces**

- les troubles sociopolitiques ;
- la destruction des moyens de communication ;
- les ruptures de financements ;
- la crise économique mondiale.

### **3.9. Problèmes prioritaires**

**1. Le leadership et la coordination de la communication en santé et des interventions de CSC avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle sont insuffisants ;** cela est dû à une faible coordination des interventions en CSC, à une absence de normes, directives, manuels de procédures en matière de communication, à l'insuffisance dans la mutualisation des actions des parties prenantes, à une insuffisance de communication interne et externe dans la prévention et la gestion des crises sociales et à une faible compétence en communication et CSC des acteurs intervenant dans le domaine de la santé ; tout cela entraîne une faible capitalisation et dissémination des bonnes pratiques, une remontée tardive ou rétention de l'information, une faible connaissance par les acteurs du système de santé des principaux documents d'orientation politique et des stratégies du ministère, une réticence des responsables à différents niveaux à intervenir dans les médias, une récurrence des mouvements sociaux au sein du MSHP, une perception négative des usagers sur les prestations de services, une

altération de l'image de l'institution ainsi qu'une faible efficacité/efficience des interventions.

- 2. La communication en matière d'amélioration de l'offre et de la demande des soins est insuffisante ;** cela est dû à une faible couverture des acteurs par la formation continue sur la communication institutionnelle et de crise, la CSC et l'humanisation des soins, une faible exploitation du potentiel de communicants CSC et une insuffisance de ressources financières pour assurer le renforcement des compétences des ressources humaines. Il faut noter aussi le fait que l'accueil et la CIP en milieu de soins ne sont pas appropriés, la non-prise en compte suffisante des approches et outils de CSC dans l'offre de services préventifs et promotionnels, la méconnaissance de la perception des populations. Tout cela a pour conséquences une insuffisance dans les actions de communication sur le terrain, une faible promotion de la santé et des prises de décision non basées sur des évidences, la perte de confiance au personnel de santé, la persistance du mauvais état de santé, l'augmentation de la morbidité et mortalité au sein des populations.
- 3. Les actions de communication pour la préparation des populations aux risques de catastrophes et urgences sanitaires sont insuffisantes ;** cela est dû à un dispositif de communication pour la réponse aux urgences sanitaires peu performant, à une insuffisance des compétences des acteurs du système de santé sur la communication des risques et d'engagement communautaire ce qui a pour conséquences un faible engagement communautaire en situation d'urgence sanitaire, une faible adhésion des populations aux comportements favorables promus sur les facteurs de risques en matière de santé.
- 4. L'adoption par les populations des bonnes pratiques et comportements en faveur de la santé est faible ;** cela est dû à une faible implication des communautés dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions en CSC, à une insuffisance de compétences en CSC des acteurs du secteur de la santé et à une identification non appropriée des différents groupes spécifiques et de leurs besoins. Tout cela a pour conséquence, la persistance des maladies transmissibles et non transmissibles, le développement des maladies émergentes, dont celles en lien avec le « One Health » et une augmentation des dépenses en santé à tous les niveaux.

## IV. ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE

### 4.1. Fondements

La stratégie tire ses fondements du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030. C'est le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé qui s'inscrit dans la perspective de répondre efficacement aux problèmes de santé qui entravent le développement du Burkina Faso, d'accélérer l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) d'ici à 2030 et la Couverture sanitaire universelle (CSU). Il a été élaboré selon une approche participative avec une implication de tous les acteurs du secteur à différents niveaux selon l'approche « un plan, un budget, un rapport ». Le PNDS 2021-2030 vise à opérationnaliser la politique sectorielle santé (PSS) 2018-2027.

La stratégie s'inspire des principaux référentiels juridiques et documents d'orientation internationaux, régionaux et nationaux. Il s'agit notamment au niveau international de la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), la stratégie mondiale 2012-2025 sur la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant. Au niveau régional, il s'agit de la stratégie régionale de communication pour le changement social et de comportement (CCSC) 2017-2019 du SWEDD, du Plan Stratégique 2016-2020 d'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS). Au plan national, il s'agit de la stratégie de communication du Ministère de la communication et des relations avec le Parlement (MCRP), la Stratégie nationale de communication en santé 2018-2022, la stratégie nationale de communication pour un changement social et comportemental (CCSC) (2017-2019), la Stratégie de changement social et de comportement (CSC) du projet Victoire sur la Malnutrition (ViiMPlus) 2020-2023 et la stratégie de communication sur le plan national de développement économique et social (PNDES).

### 4.2. Vision

La vision de la stratégie se décline comme étant « une communication en santé et des interventions de CSC, cohérentes, efficaces concourant à un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient ». Elle découle de la vision énoncée dans le PNDS 2021-2030 qui s'inspire de la PSS 2018-2027. Cette vision ambitieuse d'offrir à l'ensemble de la population un état de bien-être à travers des services de santé optimum pour promouvoir, protéger, restaurer et réhabiliter leur santé.

### 4.3. Principes directeurs

Les principes directeurs dans le cadre de la communication en santé et des interventions de CSC peuvent être classés en deux (2) catégories que sont : les principes éthiques et les principes opérationnels.

### 4.3.1. Principes éthiques

Les principes éthiques retenus dans le cadre de la communication en santé et des interventions de CSC sont :

#### ✓ L'équité et la justice sociale

La justice comme telle est certes une affaire sociale, mais une situation de fait qui concerne la relation existante entre deux ou plusieurs individus ou entre ceux-ci et la communauté. L'équité demande de traiter les gens avec dignité, respect et justice. Il faut éviter les préjugés et discriminations. Elle implique une équité procédurale qui assure la transparence dans la cueillette de l'information, une équité dans le traitement de l'information.

#### ✓ L'inclusivité

Cela signifie inclure tout le monde. On parle aussi de l'acte de promouvoir, de favoriser et de défendre l'intégration de groupes spécifiques, des groupes minoritaires. L'approche utilisée doit donner libre cours au partage d'opinions, à l'écoute et à l'inclusion de tous les groupes représentés ; toutes les personnes doivent être incluses dans le dialogue, indépendamment de leurs sexe, âge, religion, handicaps, ethnie et statut économique. Les gens ont leurs propres capacités pour résoudre leurs problèmes.

#### ✓ La redevabilité

La communication responsable éthique et transparente a pour objectif de stimuler le changement sociétal, c'est-à-dire permettre de contribuer à changer les comportements pour le bénéfice de la société dans son ensemble.

- ✓ Le respect de l'identité culturelle et les droits des patients
- ✓ La sensibilité culturelle suppose la compréhension et le respect des cultures, des croyances et des expériences de la communauté sans violation des droits humains. La transformation sociale est possible à travers le développement de nouvelles compréhensions.
- ✓ La prise en compte du Genre
- ✓ La bonne gouvernance

A ces principes, s'ajoutent la confiance mutuelle, le respect et le gain mutuel de connaissance par tous les participants.

### 4.3.2. Principes opérationnels

Ce sont la complémentarité des stratégies de communication (en santé et des interventions de CSC), la participation des populations aux actions de

communication en santé et des interventions de CSC et la décentralisation effective des actions de communication en santé et des interventions de CSC.

#### 4.4. Objectif global, chaine de résultats et axes stratégiques

##### 4.4.1. Objectif global

La stratégie intégrée de communication en santé et CSC 2022-2026 se fixe comme objectif global de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population à travers une communication et des interventions de CSC efficaces. Il est en concordance avec les cinq orientations stratégiques du PNDS 2021-2025 pour assurer la réalisation de la vision du secteur santé.

#### 4.4.2. Chaîne de résultats

Le changement ultime souhaité à l'issue de la mise en œuvre de la stratégie intégrée de communication en santé et CSC est de contribuer à ce que « l'état de santé de la population soit amélioré ». Le cadre logique qui définit les indicateurs de mesure des différents résultats, les sources de vérification ainsi que les hypothèses de départ est présenté dans le tableau V en annexe.

Tableau I : Chaîne de résultats

<b>PRODUITS</b>	<b>EFFETS</b>	<b>IMPACT</b>
<p>P1.1. La coordination des interventions en matière de communication et de CSC dans le secteur de planification santé est efficace</p> <p>P1.2. Les normes, directives, manuels de procédures en matière de communication et de CSC sont utilisés par les acteurs</p> <p>P1.3. La mutualisation des actions en matière de communication et de CSC des parties prenantes est renforcée</p> <p>P1.4. La communication interne et externe dans la prévention et la gestion des crises sociales est efficace</p> <p>P1.5. Les compétences en communication et en CSC des acteurs de la santé ainsi que les curricula de formation sont renforcés</p> <p>P1.6. L'autodiagnostic en matière de communication et de CSC des responsables à tous les niveaux du système de santé est renforcé</p> <p>P1.7. La communication autour des documents d'orientation politique et des stratégies du MSHP (PNDS et autres stratégies) est efficace</p> <p>P1.8. Une charte graphique du MSHP est utilisée</p> <p>P1.9. La veille médiatique est performante</p> <p>P1.10. La dynamisation des plateformes digitales du ministère (site Web, réseaux sociaux, bulletin d'informations, etc.) est effective</p>	<p>E1 : Le leadership et la coordination de la communication avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle en matière de CSC sont renforcés</p>	<p>L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EST AMÉLIORÉ</p>

<p>P1.11. Le suivi/évaluation des actions de communication et de CSC est assuré</p>		
<p>P2.1. Les compétences des prestataires des services de santé et des agents de santé et des autres acteurs dans le domaine de la communication en santé et de CSC en matière d'accueil, de communication interpersonnelle, de soins intégrés centré sur le patient, d'élaboration des outils de CSC dans l'offre de services promotionnels, préventifs curatifs, préventifs et réadaptatifs et promotionnels, sur le CSC sont renforcées</p> <p>P2.2. Les populations sont sensibilisées aux droits, devoirs, circuit des patients/clients et aux offres des soins</p> <p>P2.3. Les bonnes pratiques en matière de CSC et de communication en santé sont documentées et diffusées</p> <p>P2.4. Le dispositif de soutien psycho-social et de partage d'expériences entre les prestataires est fonctionnel</p> <p>P2.5. Le mécanisme de gestion des conflits est fonctionnel</p> <p>P2.6. Le partenariat avec les OSC, les médias, et les téléphonies mobiles est dynamisé</p> <p>P2.7. Les spécificités socio-culturelles sont intégrées dans les approches de communication en santé et CSC</p> <p>P2.8. L'engagement communautaire en faveur de la santé est renforcé</p> <p>P2.9. La collaboration avec les TPS dans le domaine de la communication et la CSC est renforcée</p>	<p>E2 : Les populations sont informées sur les offres de santé disponibles et ont accès aux soins</p>	
<p>P3.1. Le dispositif de communication, de gestion des facteurs de risques modifiables est mis en place pour renforcer les capacités de résilience des populations</p> <p>P3.2 Le mécanisme de coordination de la communication sur les crises sanitaires est fonctionnel avant, pendant et après la crise</p> <p>P3.3 Les populations utilisent convenablement les services d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène en situation d'urgences sanitaires et de catastrophes</p> <p>P3.4 Le mécanisme de régulation pour la gestion des urgences en</p>	<p>E3 : Les populations sont aptes psychologiquement et physiquement à faire face aux catastrophes et urgences sanitaires à travers un dispositif performant de communication</p>	

<p>cas de survenue massive de patients est fonctionnel</p> <p>P3.5 Les ressources humaines dans la communication en santé en quantité et en qualité sont disponibles</p>		
<p>P4.1. Les communautés s'impliquent fortement dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions en matière de communication et de CSC</p> <p>P4.2. Les différents groupes spécifiques et leurs besoins en matière de communication et de CSC sont bien identifiés</p> <p>P4.3. L'accueil et la communication interpersonnelle en milieu de soins sont améliorés</p> <p>P4.4. L'engagement des leaders communautaires sur la promotion des pratiques favorables à la santé est renforcé</p> <p>P5.5. Les normes de genre défavorables à la santé sont réduites</p>	<p>E4 : Les populations adoptent des bonnes pratiques et des comportements favorables à la santé</p>	

#### 4.4.3. Planning des actions prioritaires

### **Axe stratégique 1 : Renforcement du leadership et la coordination de la communication en santé et des interventions de CSC avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle**

Les principales actions qui concourent aux produits de l'effet sont (tableau V) :

- Renforcer la coordination des interventions, de mobilisation de ressources et de plaidoyer en matière de communication et de CSC
- Promouvoir l'utilisation des normes, directives, manuels de procédures en matière de communication et de CSC
- Renforcer le partage d'expérience et la mutualisation des actions en matière de communication et de CSC des parties prenantes
- Renforcer la communication interne et externe dans la prévention et la gestion des crises sociales
- Renforcer les compétences en communication et en CSC des acteurs de la santé ainsi que les curricula de formation
- Renforcer l'autodiagnostic en matière de communication et de CSC des responsables à tous les niveaux du système de santé
- Renforcer la communication autour des documents d'orientation politique et des stratégies du ministère de la santé (PNDS et autres stratégies)
- Promouvoir l'utilisation d'une charte graphique du Ministère en charge de la santé
- Renforcer la veille médiatique pour la prévention et la gestion des crises
- Assurer le développement de la communication digitale du ministère (site Web, réseaux sociaux, bulletin d'informations, etc.)
- Assurer le suivi/évaluation et la capitalisation des actions de communication et de CSC et la valorisation des résultats des recherches en santé

### **Axe stratégique 2 : Amélioration de la communication en matière d'offre et de demande des soins**

Les principales actions qui concourent aux produits de l'effet sont :

- Renforcer la capacité des services de communication en santé et CSC
- Renforcer les compétences des prestataires des services de santé et des autres acteurs dans le domaine de la communication en santé et de CSC en matière d'accueil, de communication interpersonnelle, de soins intégrés centré sur le patient, d'élaboration des outils de CSC dans l'offre de services promotionnels, préventifs curatifs, préventifs et réadaptatifs et promotionnels, sur le CSC Sensibiliser les populations aux droits, devoirs, circuit des patients/clients et aux offres des soins
- Offrir des services de communication et de CSC de qualité pour la prévention, la promotion et la réadaptation

- Documenter les bonnes pratiques d'accueil en milieu de soins
- Equiper les structures sanitaires en dispositifs d'accueil adéquats
- Renforcer les compétences des prestataires de soins en soutien psychosocial et partage d'expériences
- Rendre efficace le mécanisme de gestion des conflits
- Dynamiser le partenariat avec les OSC, les médias et les téléphonies mobiles
- Prendre en compte les spécificités socio-culturelles dans les approches de communication
- Renforcer les compétences des prestataires de santé sur les termes techniques en langues locales
- Rendre effectif l'engagement communautaire
- Renforcer la collaboration entre les TPS et le système de santé dans le domaine de la communication et la CSC

### **Axe stratégique 3 : Développement des actions de communication pour la préparation des populations aux risques de catastrophes et urgences sanitaires.**

Les actions sont :

- Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication de risque et d'engagement communautaire (élaboration de plans, formations de personnels, exercices de simulation, etc.)
- Renforcer les interventions innovantes en CSC pour faciliter l'anticipation des populations aux risques de catastrophes et urgences
- Renforcer l'application des directives sur le circuit de déclaration de l'urgence sanitaire
- Rendre disponible de façon suffisante pour les populations des supports et de matériels CSC en matière de prévention des risques et urgences
- Renforcer la coordination de la communication avant, pendant et après sur les crises sanitaires

### **Axe stratégique 4 : Adoption par les populations de bonnes pratiques et des comportements en faveur de la santé**

Les principales actions qui concourent aux produits de l'effet sont :

- impliquer les communautés dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions en matière de communication et de CSC ;
- impliquer les différents groupes spécifiques dans la prise en compte de leurs besoins en matière de communication et de CSC ;
- améliorer l'accueil, la communication interpersonnelle, l'humanisation des soins, les droits et devoirs des patients/clients ;

- renforcer l'engagement des leaders communautaires sur la promotion des pratiques favorables à la santé ;
- réduire les normes de genre défavorables à la santé.

## V. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION

### 5.1. Dispositif de mise en œuvre

#### 5.1.1. Cadre institutionnel

La mise en œuvre de la stratégie intégrée de communication en santé et de CSC 2022-2026 s'appuiera sur le cadre institutionnel existant défini dans le PNDS 2021-2030 et se fera à travers les différents niveaux du système de santé : central, intermédiaire et périphérique.

Des directions centrales et structures rattachées du ministère disposent déjà de service en charge des questions de communication. Ce service sera créé dans les directions centrales et structures rattachées qui n'en disposent pas.

Au niveau intermédiaire et périphérique les services de promotion de la santé (SPS) seront chargés de coordonner sous la direction du DRSHP, du Directeur de l'hôpital pour le CHR ou CHU et du Médecin chef de District pour le district, la mise en œuvre de la stratégie.

#### 5.1.2. Dispositions de mise en œuvre

##### Instruments de mise en œuvre

La stratégie sera mise en œuvre à travers un plan d'action opérationnel triennal glissant et des plans d'action annuels des structures. Un plan de suivi et d'évaluation sera élaboré.

##### Acteurs de mise en œuvre et rôles

###### ❖ **Le Cabinet et le Secrétariat général du Ministère en charge de la santé**

Ces structures coordonnent toutes les activités dans le cadre institutionnel en lien avec la mise en œuvre de la stratégie.

###### ❖ **La DCRP du Ministère en charge de la santé**

Conformément à ses attributions, elle a pour rôle de coordonner les activités de communication interne et de communication externe dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de communication, de CSC et de CREC.

###### ❖ **Les Directions générales du Ministère en charge de la santé**

Elles travaillent en collaboration avec la DCPM et les directions centrales qu'elles appuient fortement dans les initiatives de coordination ou de mise en œuvre des actions de la stratégie.

###### ❖ **La Direction de la promotion et de l'éducation pour la santé (DPES)**

Dans l'opérationnalisation de la mise en œuvre de la stratégie, la DPES sera chargée de coordonner les actions de CSC. Cette coordination concerne tout le processus : la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de ces activités de CSC.

### ❖ **Le Centre des opérations et de réponse aux urgences sanitaires (CORUS)**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie, le CORUS assurera la coordination des actions de CREC.

### ❖ **Les autres Directions centrales et structures rattachées**

Les Directions centrales élaborent et mettent en œuvre des plans d'action opérationnel.

### ❖ **Les Directions régionales en charge de la santé**

Les DRSHP assurent la coordination des actions de communication en santé, de CSC et de CREC à travers les services de promotion de la santé. Le Chef de service de la promotion de la santé en collaboration avec le chef du service de lutte contre la maladie (SLM) coordonne ainsi les actions de communication, de CSC et de CREC dans l'espace sanitaire régional.

### ❖ **Les districts sanitaires (DS)**

Les DS assurent la coordination des actions de communication en santé, de CSC et de CREC à travers les bureaux de promotion de la santé. Le responsable du bureau de promotion de la santé coordonne ainsi les actions de communication, de CSC et de CREC au sein des districts dans leurs aires de couverture.

L'équipe de santé du CSPS met en œuvre les actions de communication en santé dans les centres de santé et assure le suivi interne. Elle est aidée par les relais (ASBC, OBCE) au sein des communautés dans le domaine d'IEC/CCC.

### ❖ **Les sociétés d'État, les EPE et les EPS**

Les sociétés d'État, les EPE et les EPS du ministère en charge de la santé disposent des services de communication fonctionnels. Ces services mettent en œuvre les actions de communication en santé, de CSC et de CREC dans les EPE et les EPS et en assurent le suivi interne.

### ❖ **Le secteur privé de santé**

La contribution du secteur privé de santé dans la mise en œuvre des actions de communication et de CSC est indispensable pour accroître l'atteinte des impacts du PNDS. Pour une harmonisation des interventions en communication et CSC, ces structures pourront s'inspirer de cette stratégie.

### ❖ **Les Partenaires techniques et financiers (PTF), ONG/Associations**

Les PTF, les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la santé accompagnent le ministère en charge de la santé dans la mise en œuvre des actions de communication, de CSC et de CREC. Toutes les actions de ces structures aux différents niveaux du système de santé sont coordonnées par les démembrés du ministère.

### ❖ **Les autres structures**

De nombreuses autres structures sont des acteurs clés pour les succès de la communication en santé, de CSC et de CREC. Il s'agit des centres de recherche, des sociétés savantes, des Ecoles professionnelles de santé, des ordres professionnels et des partenaires sociaux. Chacune de ses structures conçoit et met en œuvre les actions de communication en santé, de CSC et de CREC en collaboration avec la DCPM et les autres directions du ministère en charge de la santé pour une plus grande visibilité des efforts entrepris.

### ❖ **La cellule de veille en communication en santé, de CSC et de CREC**

La cellule de veille joue le rôle d'un comité chargé de l'examen de la qualité des messages de masse conçus et diffusés. Elle est multisectorielle et constituée des acteurs de la communication, ceux de la santé, la société civile (ONG/Association) et les PTF. Ses attributions, sa composition et son fonctionnement sont définis par un arrêté du ministre en charge de la santé.

### 🌈 **Cibles**

L'analyse des données sur la communication en santé a permis d'identifier et de répertorier des cibles selon le niveau de communication. Les publics cibles de ces différentes actions de communications sont multiples.

#### ❖ **Public cible directe**

- le personnel du système de la santé ;
- les décideurs : autorités politiques et administratives au niveau central et déconcentré ;
- les partenaires techniques et financiers ;
- les autres départements ministériels et institutions qui mènent des actions en faveur de la santé ;
- les étudiants du domaine de la santé ;
- les OSC ;
- les journalistes scientifiques.

#### ❖ **Le public cible indirecte**

Leur niveau d'implication dans le processus de communication permettra d'avoir un impact sur l'opinion nationale et internationale. Ce sont :

- les autorités coutumières et religieuses qui en général, suivent de près toutes les actions du MSHP en tant que leaders d'opinion ;
- les animateurs des médias et influenceurs : scientifique ou non, ils sont d'une manière générale dans la production et la diffusion des informations liées à la santé et aux actions publiques ;
- les prestataires et fournisseurs du MSHP.

## 5.2. Mécanisme de suivi et d'évaluation

- **Cadre de performance/mesure de rendement**

Une liste d'indicateurs en communication en santé et CSC est définie et adoptée par l'ensemble des parties prenantes et à tous les niveaux pour garantir la disponibilité, la qualité et l'utilisation d'informations statistiques sanitaires fiables, intégrées, harmonisées et accessibles à tous les partenaires et acteurs du système national de santé. Les indicateurs des quatre (04) programmes budgétaires font partie intégrante de cette liste.

- **Mécanisme de suivi**

Le système de suivi repose sur l'appréciation continue de chaque type d'indicateur et les facteurs directs (ressources, processus) ou indirects (facteurs contextuels) qui concourent à leur réalisation ou non. Le suivi est réalisé à chaque niveau du système. L'élaboration d'outils de collecte des données permettra de faciliter sa mise en œuvre par toutes les parties prenantes.

Il sera organisé dans le cadre du suivi des sorties conjointes avec les acteurs impliqués. Une revue annuelle et une revue à mi-parcours du secteur de la santé seront réalisées dans la perspective d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs de la stratégie.

- **Mécanisme d'évaluation**

L'évaluation de la stratégie intégrée de communication en santé et CSC est périodique et se situe au début de la phase de démarrage, à mi-parcours de la mise en œuvre et en fin de la période couverte.

A la phase de démarrage, elle appréciera d'une part la situation de base des indicateurs et d'autre part le déploiement de la stratégie (renforcement des capacités, financement) aux différents niveaux du système de santé, le fonctionnement des structures de coordination et son appropriation par les acteurs.

Aussi, l'évaluation à mi-parcours sera réalisée afin d'apprécier l'évolution des indicateurs et d'identifier d'éventuels goulots d'étranglement et y apporter des solutions correctrices.

L'évaluation finale consistera à tirer les conclusions sur les performances attendues de la stratégie intégrée de communication en santé et CSC. Il s'agira ensuite de documenter l'initiative par la formulation des leçons apprises, les bonnes pratiques pour le partage d'expériences et le renforcement du plaidoyer. Enfin, elle permettra la formulation de recommandations fortes pour l'élaboration de la prochaine stratégie.

Pour certains indicateurs d'impact et d'effets, une collecte sera faite en collaboration avec certains partenaires tels que les instituts de recherche en santé, l'institut national de la statistique et de la démographie et aussi les organisations de la société civile. Dans ce sens, une démarche sera faite à

l'endroit de ces structures pour la prise en compte d'indicateurs de communication dans les différentes enquêtes (tableau VII).

## **VI. BUDGÉTISATION DE LA STRATÉGIE**

### **6.1. Hypothèses de calcul des coûts des interventions**

L'estimation du budget de la mise en œuvre de la SICSCSC 2022-2026 a été faite à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation « Onehealth ». Le tableur Excel a été utilisé pour le traitement de certaines données introduites dans l'outil. La détermination des coûts de la stratégie a consisté à estimer le coût des activités pour la période considérée. Elle s'est faite sur la base des activités définies par l'équipe technique d'élaboration de ladite stratégie et leur programmation annuelle. L'estimation des coûts a aussi été rendue possible grâce à la description préalable des activités.

Les activités sans coût financier sont soit des activités exécutées par d'autres structures soit des activités dont les coûts financiers sont intégrés.

Pour le calcul du coût des investissements, la base de calcul des coûts a été faite en fonction de la formulation et de la quantification de chaque activité. Ainsi, lorsque la formulation précise le nombre des investissements à réaliser et la programmation dans le temps, le coût de l'activité s'obtient par année en multipliant la quantité par le coût unitaire de la réalisation. L'année 2022 a été retenue comme année de référence.

En ce qui concerne les activités opérationnelles (formations, supervisions, productions de documents, prestations de service, etc.), le calcul des coûts a été fait en fonction des informations données par le détail de la mise en œuvre de l'activité.

Pour la détermination des coûts unitaires, l'équipe de cadrage financier a utilisé les supports suivants :

- la mercuriale des prix 2021 ;
- le décret 2012-720/PRES/PM/MEF portant réglementation des rétributions des prestations spécifiques des agents des administrations publiques au Burkina Faso du 11 septembre 2012 ;

- le décret 2012-735/PRES/PM/MEF portant indemnités de mission à l'intérieur du pays applicable aux agents publics de l'État.

## 6.2. Estimation des coûts

La cartographie budgétaire dans l'outil Onehealth a été faite en fonction des produits et des quatre (4) axes stratégiques.

## 6.3. Budget global de la stratégie

La programmation des coûts a été proposée en fonction des prévisions de financement. Le coût global estimatif de mise en œuvre de la stratégie s'élève à quarante-deux milliards neuf cent soixante-sept millions quatre cent onze mille neuf cent quarante-huit (**42 967 411 948 FCFA**), soit **78 122 567 USD** pour les cinq années de mise en œuvre de la stratégie, pour une moyenne annuelle de **8 593 482 390 FCFA** soit **15 624 513 USD**.

Le figure 2 ci-dessous donne l'évolution annuelle du budget. La faiblesse du budget durant la première année s'explique par la lenteur du processus de planification qui s'est poursuivie tout au long du premier semestre de cette même année. L'importance du budget au cours de la deuxième et la troisième année se justifie par la programmation de la majorité des investissements et des activités à ces périodes. L'évolution du budget montre une tendance baissière de la deuxième à la dernière année, de **35%** en 2023 à **14%** en 2026.

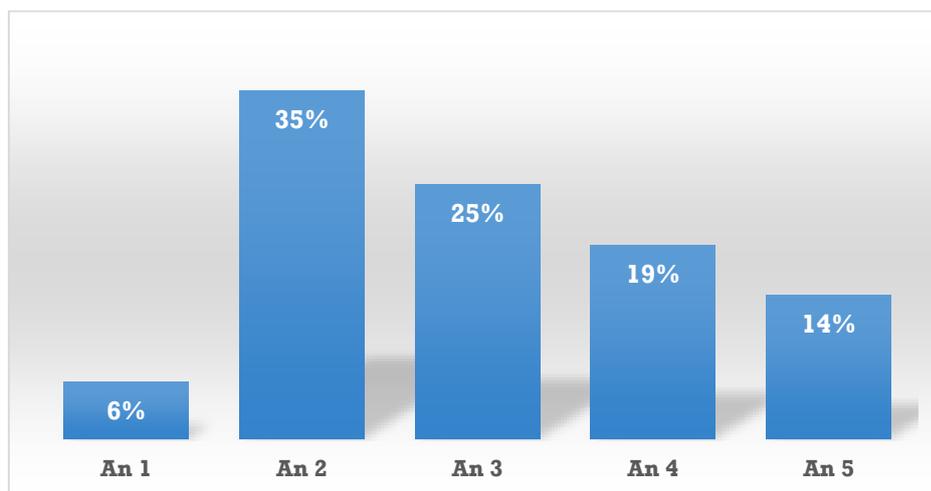


Figure 2 : Proportion par an des prévisions budgétaires de la stratégie

## 6.4. Budget par axe stratégique

Le graphique ci-dessous montre que l'axe 2 « *Amélioration de la communication pour l'offre et la demande des soins* » consomme **54%** du budget. Cet axe aussi

regorge d'importantes activités comme par exemple « sensibiliser les populations aux droits, aux devoirs, circuits des patients/clients et aux offres des soins ».

Le graphique ci-dessous montre la répartition du budget par axe stratégique.

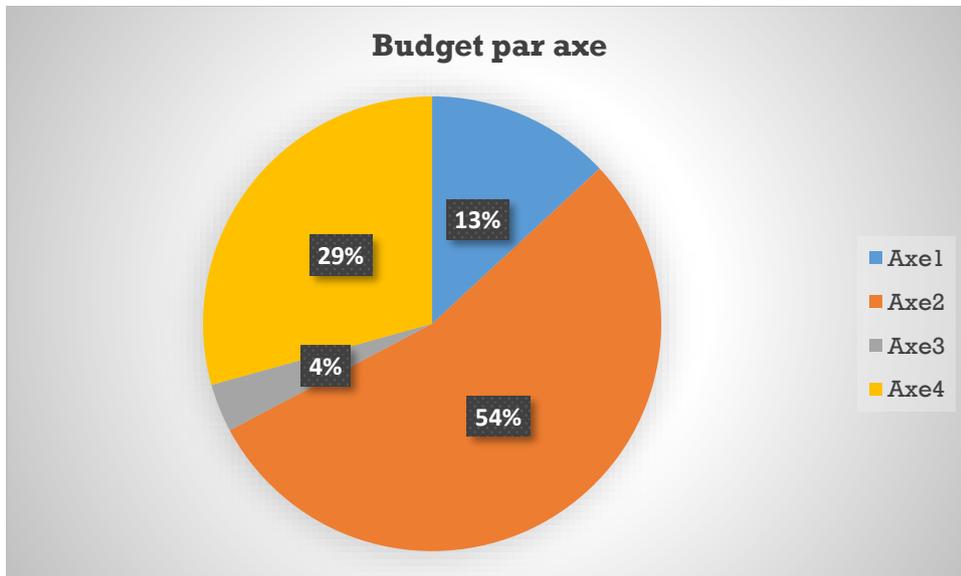


Figure 3 : Répartition du budget par axe stratégique

#### 6.5. Budget par action

Quatre (04) actions absorbent **53%** du budget. Il s'agit des actions : act.15 « Sensibiliser les populations aux droits, devoirs, circuit des patients/clients et aux offres des soins » (**19%**) ; act.33 « *Impliquer les communautés dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions en matière de communication et de CSC* » (**16%**) ; act.28 « *Rendre effectif l'engagement communautaire* » (**9%**) et act.17 « *Rendre disponible de façon suffisante pour les populations des supports et de matériels CSC en matière de prévention des risques et urgences* » (**9%**). Les trente-trois (33) autres actions consomment le reste du budget soit **47%**.

## VII. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

L'opérationnalisation de la stratégie est tributaire de certains facteurs de risque qu'il convient de surveiller et de prévenir. Ces risques peuvent être :

- **la faible capacité de mobilisation des ressources financières**

La disponibilité des ressources financières est une des conditions majeures à la réussite de toute politique de développement. Elle garantit la réussite de toute activité en permettant l'exécution des actions prévues.

Il est donc indispensable que le Ministère et les autres acteurs développent leurs capacités de mobilisation de ressources financières pour la mise œuvre du PSMCRP.

Aussi, des actions de formations sur les procédures et conditionnalité des PTF et sur les techniques de plaidoyer devront être menées au bénéfice des acteurs du secteur pour la mobilisation des ressources financières.

- **l'instabilité du cadre institutionnel**

La stabilité du cadre institutionnel du Ministère est fondamentale pour un pilotage efficace du plan stratégique et sa mise en œuvre réussie. Toute évolution défavorable du cadre institutionnel est susceptible d'entraver la réalisation de sa vision à l'horizon 2026.

- **la faible adhésion des partenaires et des acteurs du secteur de la santé**

L'implication effective de l'ensemble des acteurs est déterminante pour la réussite de la mise en œuvre de la stratégie. Le Ministère en charge de la santé doit œuvrer à maintenir la mobilisation des acteurs et susciter leur adhésion et leur participation effectives dans la conduite des actions prévues. La création des services et points focaux en charge de la communication dans les directions et services de santé du ministère ainsi que le renforcement de compétences des acteurs pourrait être une condition de réussite.

- **La généralisation de l'insécurité dans toutes les régions du Burkina Faso et dans la sous-région**

Depuis avril 2015, le Burkina Faso est touché par des actes de terrorisme. Le phénomène de terrorisme qui se développe depuis le printemps arabe concerne toute la sous-région. Il s'est accentué avec la détérioration de la situation interne au Mali qui partage plus de 1000 km de frontière avec le Burkina Faso. Ce nouveau contexte est une menace réelle qui peut compromettre la politique de développement.

## CONCLUSION

L'atteinte des objectifs du Plan national de développement sanitaire 2021-2030 repose sur des interventions de communication, de prévention, de promotion et de protection de la santé. C'est pourquoi une stratégie intégrée de communication en santé et de changement social et comportemental est mise en place en vue de permettre une bonne coordination de toutes les activités de communication.

Cette stratégie fait une analyse de la situation en y déclinant les problèmes d'ordre communicationnel et de changement social et comportemental et présente des résultats à atteindre en fonction des orientations stratégiques du PNDS et de la PSS, l'impact attendu étant l'amélioration de la santé des populations. Elle capitalise les enseignements tirés de la mise en œuvre des stratégies antérieures et s'inscrit dans la continuité des réformes engagées au sein du Ministère en charge de la santé.

Cette stratégie devra permettre aussi à terme de renforcer l'image institutionnelle du Ministère en charge de la santé, une meilleure visibilité du PNDS 2021-2030 et d'obtenir une adhésion parfaite des populations pour les services de santé qui leur sont proposés.

La bonne exécution de cette stratégie et de son plan d'actions opérationnel nécessite l'adhésion de l'ensemble des acteurs et requiert également le développement d'un plaidoyer pertinent pour le financement de la stratégie à travers une bonne mobilisation des ressources.

## ANNEXES

Tableau III : Cadre logique de la stratégie intégrée de communication en santé et de CSC 2022-2026

<b>Intitulé du référentiel :</b>	Stratégie intégrée de communication en santé et de CSC 2022-2026
<b>Impacts du PNDS 2021-2025 :</b>	L'état de santé de la population est amélioré
<b>Contribution de la stratégie à l'impact du PNDS</b>	Objectif global du PNDS
<b>Impacts escomptés de la stratégie</b>	

**Axe 1 : Renforcement du leadership et la coordination de la communication en santé et des interventions de CSC avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle**

**Effet attendu 1.1. Le leadership et la coordination de la communication en santé et des interventions de CSC avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle sont renforcés.**

Code	Indicateurs	Valeurs de référence 2020	Cibles finales 2026	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
	Taux de mobilisation des ressources financières internes en matière de communication en santé et de CSC	ND	80%	États financiers	DGF	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF
	Taux de mobilisation des ressources financières externes en matière de communication en santé et de CSC	ND	80%	États financiers	DGF	
	Taux d'exécution des activités du plan stratégique de communication en santé et de CSC	ND	85%	Rapport d'activités	DGESS	
	Taux de satisfaction des usagers sur l'utilisation des	ND	80%	Rapport d'enquêtes	INSP	

	services					
	Taux d'absorption des ressources financières internes en matière de communication en santé et de CSC	ND	100%	États financiers	DGF	
	Taux d'absorption des ressources financières externes en matière de communication en santé et de CSC	ND	90%	États financiers	DGF	
<b>Produit 1.1.1 : La coordination des interventions en matière de communication et de CSC dans le secteur de planification santé est efficace</b>						
	Proportion de cadres de concertations tenus en matière de communication et de CSC	ND	100%	Rapports d'activités	DCRP	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF Non-respect du principe de l'approche « un plan, un budget, un rapport »
	Proportion de rencontres de plaidoyer réalisées en matière de communication et de CSC	ND	100%	Comptes rendus	DCRP	
	Proportion de cadres de concertations du PNDS ayant pris en compte le bilan de la mise en œuvre de la stratégie de communication en santé et de CSC	0	100%	Comptes rendus	DGESS	
<b>Produit 1.1.2 : Les normes, directives et manuels de procédures en matière de communication en santé et de CSC sont utilisés par les acteurs</b>						
	Nombre de documents de normes et directives élaborés en matière de communication	ND	01	Document de normes et directives	DGSP	Insécurité Crises sanitaires Crise économique

	en santé et de CSC						Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF Non-respect du principe de l'approche « un plan, un budget, un rapport »
	Nombre de documents de manuel de procédures élaborés en matière de communication en santé et de CSC	ND	01	Documents de manuel de procédures	DGSP		
	Proportion des acteurs formés qui utilisent les normes et directives en matière de communication en santé et de CSC	ND	85%	Rapports de formation et de supervision	DGSP		
	Proportion des acteurs formés qui utilisent les manuels de procédures en matière de communication en santé et de CSC	ND	85%	Rapports de formation et de supervision	DGSP		
<b>Produit 1.1.3 : La mutualisation des actions en matière de communication en santé et de CSC des parties prenantes est renforcée</b>							
	Proportion des rencontres de partage d'expérience et de mutualisation tenues en matière de communication en santé et de CSC	ND	100%	Comptes rendus	DGSP		Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF
	Proportion des rencontres d'harmonisation des approches/interventions tenues sur la communication en santé et le CSC	ND	100%	Comptes rendus	DGSP		
<b>Produit 1.1.4 : La communication interne et externe dans la prévention et la gestion des crises sociales est efficace</b>							
	Proportion de rencontres de concertation réalisées à tous les niveaux du système de santé dans le cadre de la	ND	100%	Comptes rendus	DRH		Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique

	prévention et la gestion des crises sociales					Mouvements sociaux
	Nombre de cadres/dispositifs mis en place et fonctionnels	ND	02	Rapport d'activités	DRH	Faible engagement des PTF Non-respect du principe de l'approche « un plan, un budget, un rapport »
<b>Produit 1.1.5 : Les compétences en communication en santé et en CSC des acteurs de la santé ainsi que les curricula de formation sont renforcées</b>						
	Proportion d'acteurs formés en communication en santé et en CSC	ND	100%	Rapports de formation	DGSP	Insécurité
	Nombre d'instituts de formation relevant du One Health ayant intégré les modules de formation en communication en santé et de CSC dans les curricula de formation	ND	02	Rapports d'activité	DGESS	Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF Non-respect du principe de l'approche « un plan, un budget, un rapport »
	Proportion d'acteurs formés supervisés en communication en santé et en CSC	ND	100%	Rapports de formation et de supervision	DGSP	
<b>Produit 1.1.6 : L'autodiagnostic en matière de communication en santé et de CSC des responsables à tous les niveaux du système santé est renforcé</b>						
	Proportion de responsables formés en autodiagnostic en matière de communication et de CSC	ND	100%	Rapports de formation	DGSP	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique
	Proportion de responsables formés en autodiagnostic coachés/supervisés en communication et en CSC	ND	100%	Rapports de coaching et de supervision	DGSP	Mouvements sociaux Faible engagement des PTF

						Non-respect du principe de l'approche « un plan, un budget, un rapport »
<b>Produit 1.1.7 : La communication autour des documents d'orientation politique et des stratégies du MSHP (PNDS et autres stratégies) est efficace</b>						
	Proportion d'acteurs orientés sur les documents de politique et des stratégies du MSHP	ND	85%	Rapports d'activités	DGESS	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique
	Proportion de structures disposant des documents de politique et des stratégies du MSHP	ND	100%	Bordereaux de transmission	DGESS	Mouvements sociaux Faible engagement des PTF Non-respect du principe de l'approche « un plan, un budget, un rapport »
<b>Produit 1.1.8 : Une charte graphique du Ministère de la santé et de l'hygiène publique est utilisée</b>						
	Existence de la charte graphique	00	01	Document de charte graphique	DCRP	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF Non-respect du principe de l'approche « un plan, un budget, un rapport »
	Proportion des structures	ND	100%	Rapports d'activités	Structures	

	sanitaires qui utilisent la charte graphique				sanitaires	
<b>Produit 1.1.9 : La veille médiatique est performante</b>						
	Existence d'une cellule de veille fonctionnelle	00	01	Arrêté de création, Comptes rendus	DCRP	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF Non-respect du principe de l'approche « un plan, un budget, un rapport »
	Existence d'un plan de travail annuel (PTA) de la cellule de veille	ND	100%	PTA	DCRP	
	Proportion d'activités réalisées du PTA	ND	85%	Rapport d'activités		
<b>Produit 1.1.10 : La dynamisation des plateformes digitales du ministère (site Web, réseaux sociaux, bulletin d'informations, etc.) est effective</b>						
	Proportion de plateformes digitales dynamisées	ND	100%	Rapport d'activités	DSIS	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF
	Existence d'une bibliothèque virtuelle	00	01	Rapport d'activités	DSIS	
<b>Produit 1.1.11 : Le suivi/évaluation des actions de communication en santé et de CSC et la valorisation des résultats des recherches en santé sont assurés</b>						
	Existence d'un dispositif de suivi-évaluation fonctionnel	ND	01	Plan de suivi-évaluation	DGESS	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique
	Proportion des acteurs formés en suivi-évaluation	ND	100%	Rapports de formation	DGESS	

Proportion des acteurs supervisés/coachés en suivi-évaluation	ND	100%	Rapports de supervision/ coaching	DGESS	Mouvements sociaux Faible engagement des PTF
Nombre d'études réalisées en matière de communication et de CSC	ND	02	Rapports d'étude	INSP	Non-respect du principe de l'approche « un plan, un budget, un rapport »
Taux de satisfaction des usagers sur les services de sensibilisation offertes	ND	≥80%	Rapport d'enquête	DGESS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
Nombre de journées scientifiques tenues sur les résultats de recherche dans le domaine de la santé au niveau national	0	04	Rapports des journées	DGESS	Instabilité institutionnelle Crises sanitaires Crise sécuritaire
Nombre de rencontres scientifiques internationales auxquelles le Burkina Faso a participé	ND	04	Rapports des rencontres scientifiques	DGESS	
Nombre d'édition de la revue scientifique au sein du Ministère de la santé et de l'hygiène publique	0	08	Rapports d'activités Rapports de situation (sitereb) Bulletins épidémiologiques Exemplaires de la revue	DGESS	Instabilité institutionnelle Crises sanitaires Crise sécuritaire
Nombre de diffusion des résultats de la recherche (revues scientifiques, presse, audiovisuelle, site Web, etc.)	0	1100	Rapports d'activités	DGESS	Instabilité institutionnelle Crises sanitaires Crise sécuritaire
Proportion de résultats de la recherche et de l'innovation en santé pris en compte dans	ND	100	Documents de politiques et stratégies	DGESS	Instabilité institutionnelle Crises sanitaires

	l'élaboration de politiques et stratégies					Crise sécuritaire
<b>Axe 2 : Amélioration de la communication en matière d'offre et de demande des soins</b>						
<b>Effet attendu 2.1. Les populations sont informées sur les offres de santé disponibles et ont accès aux soins</b>						
<b>Code</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Valeurs de référence</b>	<b>Cibles finales 2026</b>	<b>Source de vérification</b>	<b>Responsables</b>	<b>Hypothèses / Risques</b>
	Nombre de contact par habitant et par an	1,08	1.32	Annuaire statistique	DGESS	
	Taux de dépistage de la malnutrition aiguë sévère	64,90%	90%	Annuaire statistique MS	DGESS	
	Taux de couverture en Penta 3	98,70%	100%	Annuaire statistique MS	DGESS	
	Taux de prévalence contraceptive	31,9%	43,1%	PMA	DGSP	
<b>Produit 2.1.1 Les compétences des prestataires des services de santé, des agents de santé et des autres acteurs dans le domaine de la communication en santé et de CSC en matière d'accueil, de communication interpersonnelle, interventions sensible au Genre, de soins intégrés centrés sur le patient, d'élaboration des outils de CSC dans l'offre de services promotionnels, préventifs, curatifs, préventifs et réadaptatifs et promotionnels, sur le CSC sont renforcées</b>						
	Pourcentage des acteurs formés sur la communication en situation de crises sanitaires	ND	100%	Rapport d'activités	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Nombre d'instituts de formation professionnelle relevant du one health ayant intégré de modules de formation en CSC dans les curricula	ND	3	Rapport d'activités	ST-CSU	Instabilité institutionnelle ; Crise sanitaire ; Crise sécuritaire
	Proportion de prestataires formés sur l'accueil en milieu de soins y compris les droits et devoirs des patients/clients	ND	80%	Rapport d'activités	DGOS	Instabilité institutionnelle ; Crise sanitaire ; Crise sécuritaire
	Proportion de prestataires formés sur la communication	ND	80%	Rapport d'activités	DGOS	Instabilité institutionnelle ;

	interpersonnelle en milieu de soins					Crise sanitaire ; Crise sécuritaire
	Proportion de prestataires formés sur l'élaboration d'outils de CSC dans l'offre de services préventifs et promotionnels	ND	80%	Rapport d'activités	DGOS	Instabilité institutionnelle ; Crise sanitaire ; Crise sécuritaire
	Proportion de prestataires formés sur l'humanisation des soins et l'approche de soins intégrés centré sur le patient	ND	70%	Rapport d'activités	DGOS	Instabilité institutionnelle ; Crise sanitaire ; Crise sécuritaire Instabilité institutionnelle ; Crise sanitaire ; Crise sécuritaire e
	Proportion de prestataires formés sur les interventions sensibles au Genre	ND	70%	Rapport d'activités	DGESS	Instabilité institutionnelle ; Crise sanitaire ; Crise sécuritaire
	Proportion de prestataires formés sur les interventions sensibles au genre qui les appliquent	ND	100%	Rapport d'activités	DGESS	Instabilité institutionnelle ; Crise sanitaire ; Crise sécuritaire
<b>Produit 2.1.2 Les populations sont sensibilisées aux droits, devoirs, circuit des patients/clients et aux offres des soins</b>						
	Pourcentage des districts sanitaires ayant réalisé une fois tous les deux mois des émissions radiophoniques sur les droits, devoirs et circuit des patients/clients	ND	100	Annuaire statistique du MS ENDOS-BF	DCRP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation (causeries éducatives et théâtres fora au niveau communautaire à	ND	4 150 000	Annuaire statistique du MS ENDOS-BF	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire

	travers les ASBC et les OBC/Associations) sur les droits, devoirs et circuit des patients/clients					
<b>Produit 2.1.3 Les bonnes pratiques en matière de CSC et de communication en santé sont documentées et diffusées</b>						
	Nombre de bonnes pratiques documentées	ND	80%	Rapport d'activités	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion des bonnes pratiques diffusées	ND	100%	Rapport d'activités	DGP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
<b>Produit 2.1.4 Le dispositif de soutien psychosocial et de partage d'expériences entre les prestataires est fonctionnel</b>						
	Proportion de structures sanitaires dotées d'un dispositif de soutien psychosocial fonctionnel	ND	80%	Rapport d'activités	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion de structures sanitaires disposant d'un dispositif fonctionnel de partage d'expériences entre les prestataires	ND	80%	Rapport d'activités	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion de structures dotées d'infrastructures d'accueil adéquat	ND	100%	Rapport d'activités	DGOS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion de structures sanitaires équipées en signalétiques adaptées à tous les niveaux de soins (CHU/CHR/ CMA-CM-CSPS)	ND	100%	Rapport d'activités	DGOS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire

Produit 2.1.5 Le mécanisme de gestion des conflits est fonctionnel						
	Proportion de structures sanitaires disposant d'un organe de gestion des conflits	ND	80%	Rapport d'activités	DGOS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion des organes tenant des sessions de gestion des conflits	ND	100%	Rapport d'activités	DGOS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
Produit 2.1.6 Le partenariat avec les OSC, les médias et les téléphonies mobiles est dynamisé						
	Proportion de cadres de concertation tenues avec les acteurs des médias	ND	100%	Rapport d'activités	DCRP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion de cadres de concertation tenues avec les OSC intervenant dans la santé	ND	100%	Rapport d'activités	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Nombre de conventions de partenariat signées avec les OSC	ND	210	Rapport d'activités	DGESS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion de cadres de concertation tenues avec les acteurs des téléphonies mobiles	ND	100%	Rapport d'activités	DCRP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Nombre de conventions de partenariat signées avec les médias	12	22	Rapport d'activités	DCRP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
Produit 2.1.7 Les spécificités socio-culturelles sont intégrées dans les approches de communication en santé et CSC						
	Proportion de productions de communication intégrant les spécificités socio-culturelles	ND	100%	Rapport d'Enquête	DGESS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire

	Proportion de prestataires de soins formés sur l'intégration des spécificités socio-culturelles	ND	100%	Rapport d'activités	DGESS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Taux de participation des parties prenantes aux sessions de planification	ND	100%	Rapport d'activités	DGESS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion de prestataires de soins formés sur les termes techniques pour la communication en langues locales	ND	100%	Rapport d'activités	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion de productions de communication prenant en compte les langues locales	ND	100%	Rapport d'activités	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
<b>Produit 2.1.8 L'engagement communautaire en faveur de la santé est renforcé</b>						
	Proportion de cadres de concertation tenus sur l'engagement communautaire	ND	100%	Rapport d'activités	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion de reportages sur l'engagement communautaire diffusé	ND	100%	Rapport d'activités	DCRP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion des ASBC disposant d'outils et de supports sur l'engagement communautaire	ND	100%	Rapport d'activités	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion de prestataires de soins formés sur l'engagement communautaire	ND	100%	Rapport d'activités	DGSP	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
<b>Produit 2.1.9 La collaboration avec les TPS dans le domaine de la communication et la CSC est renforcée</b>						

	Proportion des districts sanitaires disposant d'un cadre de concertation fonctionnel entre les acteurs de santé et les TPS	ND	100%	Rapport d'activités	DGOS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire
	Proportion des cadres de concertation tenues entre les acteurs de santé et les TPS à tous les niveaux	ND	100%	Rapport d'activités	DGOS	Instabilité institutionnelle Crise sanitaire Crise sécuritaire

**Axe 3 : Développement des actions de communication pour la préparation des populations aux risques de catastrophes et urgences sanitaires**

**Effet attendu 3.1 : Les populations sont aptes psychologiquement et physiquement à faire face aux catastrophes et urgences sanitaires à travers un dispositif performant de communication**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence	Cibles finales 2026	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
	Existence d'un document de capitalisation des bonnes pratiques de résilience	ND	03	Rapport de capitalisation	DGESS	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF

**Produit 3.1.1 Le dispositif de communication, de gestion des facteurs de risques modifiables est mis en place pour renforcer les capacités de résilience des populations**

	Pourcentage des acteurs formés sur la CREC	ND	100%	Rapports d'activités	CORUS	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF
	Pourcentage de DRS ayant réalisé des exercices de simulation	ND	100%	Rapports d'activités	DGSP	
	Pourcentage de FS des districts ayant réalisé des exercices de simulation	ND	100%	Rapports d'activités	DGSP	

	Pourcentage des villages qui disposent d'un plan de préparation et de gestion des catastrophes pour la résilience	ND	70%	Rapports d'activités	DGSP	
<b>Produit 3.1.2: Le mécanisme de coordination de la communication sur les crises sanitaires est fonctionnel avant, pendant et après les crises</b>						
	Existence d'une cellule de coordination en communication pour la gestion des crises à tous les niveaux	ND	03	Arrêtés de création	DGSP	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF
	Proportion de structures tenant des rencontres de coordination avec PV en communication pour la gestion des crises	ND	100%	Procès-verbal	DGSP	
	Pourcentage de structures sanitaires appliquant les directives sur le circuit de déclaration des urgences sanitaires	ND	100%	Rapport d'activités	DGSP	
<b>Produit 3.1.3 Les populations utilisent convenablement les services d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène en situation d'urgences sanitaires et de catastrophes</b>						
	Nombre de maintenance préventive des dispositifs d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement	ND	250	Rapports d'activités	DGSP	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF
	Pourcentage d'acteurs d'assainissement et d'eau potable formés sur les interventions pour l'adoption des bonnes pratiques concernant la chaîne de l'eau	ND	100%	Rapports d'activités	DGSP	
	Taux d'accès à l'assainissement familial (%)	-Rural : 19 -Urbain : 38	-Rural : 29%	Rapports d'enquête	DGSP	

			-Urbain : 50%			
<b>Produit 3.1.4 Le mécanisme de régulation pour la gestion des urgences en cas de survenue massive de patients est fonctionnel</b>						
	Nombre de centres d'appel et de régulation pour la gestion des urgences fonctionnels	ND	13	Rapports d'activités	DGSP	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF
	Pourcentage d'agents formés sur la gestion des urgences	ND	100%	Rapports d'activités	DGSP	
<b>Produit 3.1.5 Les ressources humaines dans la communication en santé en quantité et en qualité sont disponibles</b>						
	Pourcentage d'agents qualifiés dans le domaine de la communication en santé	ND	100%	Rapports d'activités	DRH	Insécurité Crises sanitaires Crise économique Instabilité politique Mouvements sociaux Faible engagement des PTF
	Pourcentage d'acteurs formés sur la CREC	ND	100%	Rapports d'activités	DGSP	
<b>Axe 4 : Adoption par les populations de bonnes pratiques et des comportements en faveur de la santé</b>						
<b>Effet attendu 4.1 : Les populations adoptent des bonnes pratiques et comportements favorables à la santé</b>						
	Nombre de contact par habitant et par an	1,08 (en 2020)	1,32	Annuaire statistique	DGESS	
	Incidence du paludisme confirmé(pour 1000 habitants)	323(année 2021)	95	Enquête STEPS	DGSP	
	Taux de prévalence des maladies non transmissibles (HTA)	30,5		Enquête STEPS	DGSP	
<b>Produit 4.1.1 : Les communautés s'impliquent fortement dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions en matière de communication et de CSC.</b>						
	Proportion de rencontres de dialogue communautaire tenues	ND	100%	Comptes rendus	DGSP	
	Proportion des acteurs formés	ND	100%	Rapports de formation et de	DGSP	

	et supervisés en dialogue communautaire			supervision	
	Proportion des formations sanitaires ayant tenu des AG	ND	100%	Rapports d'activités	DGOS
	Proportion des formations sanitaires ayant réalisé des monitorings des activités communautaires réalisés	ND	100%	Rapports d'activités	DGSP
<b>Produit 4.1.2 : Les différents groupes spécifiques et leurs besoins en matière de communication et de CSC sont bien identifiés</b>					
	Existence d'une cartographie des groupes spécifiques dont les besoins en matière de communication et de CSC sont identifiés	ND	01	Rapports d'activités	DGSP
	Proportion de fora organisés à tous les niveaux du système de santé avec les acteurs concernés pour identifier les besoins des différents groupes spécifiques en matière de communication et de CSC	ND	100%	Rapports d'activités	DGSP
<b>Produit 4.1.3 : L'accueil et la communication interpersonnelle en milieu de soins sont améliorés</b>					
	Proportion des usagers des services de santé satisfaits de l'accueil	ND	80%	Rapports d'enquête de satisfaction	DGOS
	Proportion des acteurs supervisés/coachés en accueil et en communication interpersonnelle	ND	100%	Rapports de supervision/coaching	DGOS
<b>Produit 4.1.4 : L'engagement des leaders communautaires sur la promotion des pratiques favorables à la santé est renforcé</b>					
	Proportion des leaders communautaires formés sur la communication pour la promotion des pratiques	ND	100%	Rapports de formation	DGSP

	favorables à la santé					
	Proportion des leaders communautaires qui mènent des activités pour la promotion des pratiques favorables à la santé	ND	100%	Rapports d'activités	DGSP	
	Nombre de champions/ambassadeurs communautaires identifiés pour les pratiques favorables à la santé dans chaque région	ND	13	Rapports d'activités	DGSP	
<b>Produit 4.1.5 : Les normes de genre défavorables à la santé sont réduites</b>						
	Existence d'une cartographie des normes de Genre défavorables à la santé	ND	01	Rapports d'activités	DGESS	
	Proportion d'acteurs sensibilisés sur les normes de Genre défavorables à la santé	ND	100%	Rapports d'activités	DGESS	
	Existence d'une ligne verte de veille fonctionnelle sur les normes de Genre défavorables à la santé	ND	01	Rapports d'activités	DGSP	

Tableau IIII : Programmation physique et financière des actions de la stratégie intégrée de communication en santé et de CSC 2022-2026

Code Produit	Produits	Code AP	Actions	Programmation physique					Programmation financière					Respo nsable	Structu re partena ire	b p
				An 1	An 2	An 3	An 4	An 5	An1	An2	An3	An4	An5			
<b>Axe 1 : Renforcement du leadership et la coordination de la communication en santé et des interventions de CSC avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle</b>																
<b>Effet 1. Le leadership et la coordination de la communication en santé et des interventions de CSC avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle sont renforcés.</b>																
P1.1	La coordination des interventions en matière de communication et de CSC dans le secteur de planification santé est efficace		Renforcer la coordination des interventions, de mobilisation de ressources et de plaidoyer en matière de communication et de CSC dans le secteur de planification santé	x	x	x	x	x	42 507 500	13 400 200	13 400 200	13 400 200	13 400 200	MS	DAF	P0 57
P1.2	Les normes, directives, manuels de procédures en matière de communication et de CSC sont utilisés par les acteurs		Promouvoir l'utilisation des normes, directives, manuels de procédures en matière de communication et de CSC	x	x	x			-	134 075 050	-	5 876 250	-	DGSP	DPSP DPES DCPM	P0 57
P1.3	La mutualisation des actions en matière de communication et de CSC des parties prenantes est renforcée		Renforcer le partage d'expérience et la mutualisation des actions en matière de communication et de CSC des parties prenantes	x	x	x	x	x	261 783 000	851 822 000	799 249 000	835 951 400	799 249 000	DGSP	DPSP DPES DCPM	P0 56
P1.4	La communication interne et externe dans la prévention et la gestion		Renforcer la communication interne et externe dans la prévention et la gestion des	x	x	x	x	x	15 359 800	31 615 200	15 650 200	15 650 200	15 650 200	Organ e de coordi	DCPM	P0 57

	des crises sociales est efficace	crises sociales											nation		
P1.5	Les compétences en communication et en CSC des acteurs de la santé ainsi que les curricula de formation sont renforcées	Renforcer les compétences en communication et en CSC des acteurs de la santé ainsi que les curricula de formation	x	x	x	x	x	179 459 349	226 761 301	11 199 526	11 199 526	11 199 526	Organ e de coordi nation	DPSP DPES DCPM	P0 55
P1.6	L'autodiagnostic en matière de communication et de CSC des responsables à tous les niveaux du système santé est renforcé	Renforcer l'autodiagnostic en matière de communication et de CSC des responsables à tous les niveaux du système de santé	x	x	x	x	x	13 921 160	23 110 800	6 153 600	6 153 600	6 153 600	Organ e de coordi nation	DGSP DCPM	P0 57
P1.7	La communication autour des documents d'orientation politique et des stratégies du MSHP (PNDS et autres stratégies) est efficace	Renforcer la communication autour des documents d'orientation politique et des stratégies du ministère de la santé (PNDS et autres stratégies)	x	x	x	x	x	116 376 000	593 613 200	13 347 200	10 547 200	10 547 200	DQESS	DGSP DCPM	P0 57
P1.8	Une charte graphique du MSHP est utilisée	Promouvoir l'utilisation d'une charte graphique du Ministère de la santé	x	x	x			7 440 400	4 260 400	-	-	-	DCPM	Toute autre structur e	P0 57
P1.9	La veille médiatique est performante	Renforcer la veille médiatique pour la prévention et la gestion des crises	x	x	x	x	x	15 101 880	-	-	-	-	DCPM	Toute autre structur e	P0 57
P1.10	La dynamisation des plateformes digitales du ministère (site Web, réseaux sociaux, bulletin d'informations, etc.) est effective	Assurer le développement de la communication digitale du ministère (site Web, réseaux sociaux, bulletin d'informations, etc.)	x	x	x	x	x	-	35 910 180	-	-	-	DCPM	Toute autre structur e	P0 57
P1.11	Le suivi/évaluation des actions de communication	Assurer le suivi/évaluation et la capitalisation des actions	x	x	x	x	x	138 444	116 390	175 660	100 630	96 352 412	Organ e de	DGSP DCPM	P0 57

	et de CSC est assuré	de communication et de CSC						440	012	372	012		coordi nation	Toute autre structur e	
		Promouvoir et valoriser les résultats des recherches en santé	x	x	x	x	x	-	135 252 440	135 252 440	135 252 440	135 252 440	INSP	DGSP DCPM Toute autre structur e	P0 57
<b>Axe 2 : Amélioration de la communication en matière d'offre et de demande des soins</b>															
<b>Effet 2 : Les populations sont informées sur les offres de santé disponibles et ont accès aux soins</b>															
P2.1	Les compétences des prestataires des services de santé et des autres acteurs dans le domaine de la communication en santé et de CSC en matière d'accueil, de communication interpersonnelle, d'interventions sensibles au genre, de soins intégrés centré sur le patient, d'élaboration des outils de CSC dans l'offre de services promotionnels, préventifs curatifs, et réadaptatifs et promotionnels, sur le CSC sont renforcées	Renforcer la capacité des services de communication en santé et CSC	X	X	X	X	X	84 473 040	-	-	-	-	DCPM	Toute autre structur e	P0 55
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les compétences des prestataires des services de santé et des autres acteurs dans le domaine de la communication en santé et de CSC en matière d'accueil, de communication interpersonnelle, de soins intégrés centré sur le patient, d'élaboration des outils de CSC dans</li> </ul>	x	x	x	x	x	51 155 200	428 150 207	39 000 000	-	-	DQSS	Toute autre structur e	

			l'offre de services promotionnels, préventifs curatifs, préventifs et réadaptatifs et promotionnels, sur le CSC														
P2.2	Les populations sont sensibilisées aux droits, devoirs, circuit des patients/clients et aux offres des soins	Sensibiliser les populations aux droits, devoirs, circuit des patients/clients et aux offres des soins	X	X	X	X	X	-	2 215 780 320	2 203 265 000	2 203 265 000	1 452 515 000	DPSP	DGSP DCPM Tout autre structure			
		Renforcer l'application des directives sur le circuit de déclaration de l'urgence sanitaire	X	X				-	47 714 800	-	-	-	DPSP	DGSP DCPM Tout autre structure			
		Rendre disponible de façon suffisante pour les populations des supports et de matériels CSC en matière de prévention des risques et urgences	X	X	X	X	X	34 000 000	1 257 333 333	1 257 333 333	1 257 333 333	34 000 000	DCPM	DPSP DPES DCPM			
		Renforcer la coordination de la communication avant, pendant et après sur les crises sanitaires	x	x				-	48 679 942	-	-	-	Organ e de coordi nation	DCPM			
P2.3	Les bonnes pratiques en matière de CSC et de communication en santé	Documenter les bonnes pratiques de communication en santé et	x	x	x	x	x	40 780 280	678 444 480	678 444 480	113 988 480	113 988 480	DPSP	DPES DCPM Toute	P0 55		

	sont documentées et diffusées	CSC													autre structur e	
P2.4	Le dispositif de soutien psycho-social et de partage d'expériences entre les prestataires est fonctionnel	Renforcer les compétences des prestataires de soins en soutien psychosocial et partage d'expériences Equiper les structures sanitaires en dispositifs d'accueil adéquats	x	x	x	x	x	-	1 190 690 780	1 047 118 000	112 586 000	112 586 000	DQES	DPSP Toute autre structur e	P0 55	
P2.5	Le mécanisme de gestion des conflits est fonctionnel	Rendre efficace le mécanisme de gestion des conflits	x	x	x			2 125 000	191 028 580	176 507 500	-	-	MS	DAF	P0 57	
P2.6	Le partenariat avec les OSC, les médias, et les téléphonies mobiles est dynamisé	Dynamiser le partenariat avec les OSC, les médias et les téléphonies mobiles	x	x	x	x	x	-	633 104 160	222 584 240	222 584 240	222 584 240	DPSP	DGSP Toute autre structur e	P0 55	
P2.7	Les spécificités socio-culturelles sont intégrées dans les approches de communication en santé et CSC	• Prendre en compte les spécificités socio-culturelles dans les approches de communication Renforcer les compétences des prestataires de santé sur les termes techniques en langues locales	x	x	x	x	x	19 356 840	147 142 224	37 960 924	37 960 924	37 960 924	Organ e de coordi nation	DCPM Toute autre structur e	P0 57	
P2.8	L'engagement communautaire en faveur de la santé est renforcé	Rendre effectif l'engagement communautaire	x	x	x	x	x	13 714 000	30 344 320	8 572 000	8 572 000	8 572 000	Organ e de coordi nation	DCPM	P0 57	
P2.9	La collaboration avec les TPS dans le domaine de	Renforcer la collaboration	X	X	X	X	X	401 857	620 491	401 857	401 857	401 857	DPSP	Toute autre	P0 56	

	la communication et la CSC est renforcée	entre les TPS et le système de santé dans le domaine de la communication et la CSC						200	000	200	200	200		structur e	
P2.10	Les approches de communication centrée sur la personne sont mises en œuvre	Renforcer les compétences des prestataires sur les approches de communication centrées sur le patient	x	x	x	x	x	-	117 014 693	-	-	-	DPSP	Toute autre structur e	P0 55
P2.11	La communication en santé sur les termes techniques dans les langues locales est promue	Renforcer les compétences des prestataires de santé sur les termes techniques en langues locales	x	X	x	x	x	-	147 445 827	125 059 767	6 153 600	6 153 600	DCPM	Toute autre structur e	P0 56
P2.12	Les actions en faveur de l'engagement communautaire sont renforcées	Rendre effectif l'engagement communautaire	x	X	x	x	x	155 398 680	976 750 750	976 750 750	976 750 750	976 750 750	DPSP	DGSP DCPM Tout autre structur e	P0 56
P2.13	La collaboration avec les TPS dans le domaine de la communication et la CSC est renforcée	Renforcer la collaboration entre les TPS et le système de santé dans le domaine de la communication et la CSC	x	X	x	x	x	-	597 774 400	85 934 400	85 934 400	85 934 400	DGOS	DGSP Toute autre structur e	P0 55

**Axe 3 : Développement des actions de communication pour la préparation des populations aux risques de catastrophes et urgences sanitaires.**

**Effet 3: Les populations sont aptes psychologiquement et physiquement à faire face aux catastrophes et urgences sanitaires à travers un dispositif performant de communication**

P3.1	Un dispositif de communication de gestion des facteurs de risques modifiables est mis en place pour renforcer les	Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication de risque et d'engagement communautaire (élaboration de plans, formations de	x	X	x			99 310 740	202 217 467	130 249 467	117 016 667	-	DPSP	DPES DCPM Tout autre structur e	
------	---	---	---	---	---	--	--	------------	-------------	-------------	-------------	---	------	---------------------------------	--

	capacités de résilience des populations	personnels, exercices de simulation, etc.)													e	
P3.2	Un mécanisme de coordination de la communication sur les crises sanitaires est fonctionnel avant, pendant et après la crise	Renforcer l'application des directives sur le circuit de déclaration de l'urgence sanitaire	X	X	X	X	X	-	32 225 920	-	-	-	-	DPSP	Toute autre structure	P0 57
		Renforcer les interventions innovantes en CSC pour faciliter l'anticipation des populations aux risques de catastrophes et urgences	x	x	x	x	x	-	261 881 916	261 881 916	44 283 824	44 283 824	DPSP	DCPM Toute autre structure	P0 57	
<b>Axe 4 : Adoption par les populations de bonnes pratiques et des comportements en faveur de la santé</b>																
<b>Effet 4 : Les populations adoptent des bonnes pratiques et comportements favorables à la santé</b>																
P4.1	Les communautés s'impliquent fortement dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions en matière de communication et de CSC	Impliquer les communautés dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions en matière de communication et de CSC.	x	X	x	x	x	186 909 600	1 994 212 723	1 496 978 723	1 496 978 723	1 496 978 723	DPSP	DPES DCPM Tout autre structure	P0 56	
P4.2	Les différents groupes spécifiques et leurs besoins en matière de communication et de CSC sont bien identifiés	Impliquer les différents groupes spécifiques dans la prise en compte de leurs besoins en matière de communication et de CSC	x	X	x			3 210 000	35 577 370	-	-	-	DPSP	DPES DCPM Tout autre structure	P0 56	
P4.3	L'accueil et la communication interpersonnelle en milieu de soins sont améliorés	Améliorer l'accueil, la communication interpersonnelle, l'humanisation des soins, les droits et devoirs des patients/clients	x	X	x	x	x	14 395 880	192 410 152	24 782 640	24 782 640	24 782 640	DQSS	DPES DCPM Tout autre structure	P0 55	
P4.4	L'engagement des leaders communautaires sur la	Renforcer l'engagement des leaders communautaires sur	x	X	x	x	x	-	277 379	94 245 000	94 245 000	94 245 000	DPSP	DPES DCPM	P0 56	

	promotion des pratiques favorables à la santé est renforcé	la promotion des pratiques favorables à la santé							000					Tout autre structur e	
P4.5	Les normes de genre défavorables à la santé sont réduites	Réduire les normes de genre défavorables à la santé	x	X	x			533 072 323	538 945 643	517 920 000	6 000 000	6 000 000	DPSP	Toute autre structur e	P0 56

Tableau VIII : Cadre de performance de la stratégie intégrée de communication en santé et de CSC 2022-2026

<b>Objectif Global : contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population à travers une communication et des interventions de CSC efficaces</b>										
Code	Indicateurs d'impact	Sources	Responsables / Structure	Valeurs de référence	Cible finale	Cibles				
						2022	2023	2024	2025	2026
	Ratio de Mortalité maternelle	Rapport d'enquête	INSD	320	257	266,23	262,11	260,65	259,1	257,49
	Taux de mortalité néonatale	Rapport d'enquête	INSD	23,21	15,83	18,93	18,12	17,34	16,57	15,83
	Taux de mortalité infanto juvénile	Rapport d'enquête	INSD	81,6 (2015)	52,04	63,23	60,06	57,18	54,51	52,04
	Indice synthétique de fécondité	Rapport d'enquête	INSD	5,40 (2020)	3,61	4,72	4,45	4,19	3,93	3,61
<b>AXE 1 : Renforcement du leadership et la coordination de la communication en santé et des interventions de CSC avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle</b>										
<b>E1.1 : Le leadership et la coordination de la communication en santé et des interventions de CSC avec les parties prenantes ainsi que la collaboration intra et intersectorielle sont renforcés</b>										
Code	Indicateurs d'effet	Sources	Responsables / Structure	Valeurs de référence	Cible finale	Cibles				
	Taux de mobilisation des ressources financières internes et externes en matière de communication en santé et de CSC	Etats financiers	DGF	ND	80%	40%	50%	60%	70%	80%
	Taux d'exécution des activités du plan	Rapport d'activités	DGESS	ND	85%	25%	40%	60%	75%	85%

	stratégique de communication en santé et de CSC									
	Taux de satisfaction des usagers sur l'utilisation des services	Rapport d'enquêtes	INSP	ND	100%	60%	70%	80%	90%	100%
	Taux d'absorption des ressources financières internes en matière de communication en santé et de CSC	États financiers	DGF	États financiers	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Taux d'absorption des ressources financières externes en matière de communication en santé et de CSC	États financiers	DGF	États financiers	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**P 1.1. La coordination des interventions et le financement en matière de communication et de CSC dans le secteur de planification santé est efficace**

	Proportion de cadres de concertations tenus en matière de communication et de CSC	Rapports d'activités	DCRP	ND	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Proportion de rencontres de plaidoyer réalisées en matière de communication et de CSC	Comptes rendus	MSHP	ND	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Proportion de cadres de concertations tenus par les organes de coordination en matière de communication en santé et de CSC	Comptes rendus	DGSP	ND	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**P 1.2 Les normes, directives et manuels de procédures en matière de communication en santé et de CSC sont utilisés par les acteurs**

	Nombre de documents de	Documents de normes, de	DGSP	ND	3	3	3	3	3	3
--	------------------------	-------------------------	------	----	---	---	---	---	---	---

	normes, de directives et le manuel de procédures élaborés en matière de communication en santé et de CSC	directives et le manuel de procédures									
	Proportion des acteurs formés qui utilisent les normes, les directives et le manuel de procédures en matière de communication en santé et de CSC	Rapports de formation et de supervision	DGSP	ND	85%	30%	45%	60%	75%	85%	
<b>P 1.3 La mutualisation des actions en matière de communication en santé et de CSC des parties prenantes est renforcée</b>											
	Proportion d'expériences capitalisées en matière de communication en santé et de CSC	Rapports d'activités	DGSP	ND	100%	0%	100%	100%	100%	100%	
	Proportion de rencontres de partage d'expériences mutualisées tenues en matière de communication et de CSC	Rapports d'activités	DGSP	ND	100%	0%	100%	100%	100%	100%	
<b>P 1.4 La communication interne et externe dans la prévention et la gestion des crises sociales est efficace</b>											
	Proportion de rencontres de concertation réalisées à tous les niveaux du système de santé dans le cadre de la prévention et la gestion des crises sociales	Comptes rendus	DRH	ND	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Nombre de cadres/dispositifs mis en place et fonctionnels	Rapport d'activités	DRH	ND	2	1	2	2	2	2	
<b>P 1.5 Les compétences en communication en santé et en CSC des acteurs de la santé ainsi que les curricula de formation sont renforcées</b>											

	Proportion d'acteurs formés en communication en santé et en CSC	Rapports de formation	DGSP	ND	100%	25%	40%	60%	80%	100%
	Proportion d'acteurs formés supervisés en communication et en CSC	Rapports de formation et de supervision	DGSP	ND	100%	25%	40%	60%	80%	100%
<b>P1.6 L'autodiagnostic en matière de communication en santé et de CSC des responsables à tous les niveaux du système santé est renforcé</b>										
	Proportion de responsables formés en autodiagnostic en matière de communication et de CSC	Rapports de formation	DGSP	ND	100%	25%	40%	60%	80%	100%
	Proportion de responsables formés en autodiagnostic coachés/supervisés en communication et en CSC	Rapports de coaching et de supervision	DGSP	ND	100%	25%	40%	60%	80%	100%
<b>P 1.7 La communication autour des documents d'orientation politique et des stratégies du ministère de la santé et de l'hygiène publique (PNDS et autres stratégies) est renforcée</b>										
	Proportion d'acteurs orientés sur les documents de politique et des stratégies du ministère en charge de la santé	Rapports d'activités	DGESS	ND	100%	30%	50%	70%	85%	100%
	Proportion de structures disposant des documents de politique et des stratégies du ministère en charge de la santé	Bordereaux de transmission	DGESS	ND	100%	30%	50%	70%	85%	100%
<b>P 1.8 Une charte graphique du Ministère de la santé et de l'hygiène publique est utilisée</b>										
	Existence de la charte graphique	Document de charte graphique	DCRP	ND	1	1	1	1	1	1
	Proportion des structures	Rapports d'activités	Structures	ND	100%	0%	50%	75%	100%	100%

	sanitaires qui utilisent la charte graphique		sanitaires							
<b>P 1.9 La veille médiatique est performante</b>										
	Existence d'une cellule de veille médiatique fonctionnelle	Rapport d'activité	DCRP	ND	1	1	1	1	1	1
	Proportion des activités réalisées par la cellule	Rapport d'activité	DCRP	ND	100%	0%	50%	75%	100%	100%
<b>P1.10 La dynamisation des plateformes digitales du ministère (site web, réseaux sociaux, bulletin d'informations, etc.) est effective</b>										
	Proportion de plateformes dynamisées	Rapport d'activités	DSIS	ND	100%	50%	60%	75%	100%	100%
	Existence d'une bibliothèque virtuelle	Rapport d'activités	DSIS	ND	1	1	1	1	1	1
<b>P1.11 Le suivi/évaluation des actions de communication et de CSC est assuré et la valorisation des résultats des recherches en santé sont assurés</b>										
	Existence d'un dispositif de suivi-évaluation fonctionnel	Rapport d'activités	DGESS	ND	1	1	1	1	1	1
	Proportion des acteurs formés en suivi-évaluation	Rapports de formation	DGESS	ND	100%	25%	40%	60%	80%	100%
	Proportion des acteurs supervisés/coachés en suivi-évaluation	Rapports de supervision/coaching	DGESS	ND	100%	25%	40%	60%	80%	100%
	Nombre d'études réalisées en matière de communication et de CSC	Rapports d'étude	INSP	ND	2	1	2	2	2	2
<b>Orientation stratégique 2 : Amélioration de la communication en matière d'offre et de demande des soins</b>										
<b>E2.1. Les populations sont informées sur les offres de santé disponibles</b>										
Code	Indicateurs d'effet	Sources	Responsables / Structure	Valeurs de référence	Cible finale 2026	Cibles				

						2022	2023	2024	2025	2026
	Nombre de contact par habitant et par an	Annuaire statistiques	DGESS	1,08	1,32	1,13	1,18	1,22	1,27	1,32
	Taux de dépistage de la malnutrition aigüe sévère	Annuaire statistique	DGESS	64,90%	90%	70%	75%	80%	85%	90%
	Taux de couverture en Penta 3	Annuaire statistique	DGESS	98,70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Taux de prévalence contraceptive	PMA	DGSP	31,9%	43,1%	35,7%	37,5%	39,4%	41,3%	43,1%
<b>P 2.1. Les compétences des prestataires des services de santé et des agents de santé et des autres acteurs dans le domaine de la communication en santé et de CSC en matière d'accueil, de communication interpersonnelle, interventions sensible au Genre, de soins intégrés centré sur le patient, d'élaboration des outils de CSC dans l'offre de services promotionnels, préventifs curatifs, préventifs et réadaptatifs et promotionnels, sur le CSC sont renforcées</b>										
	Pourcentage des acteurs formés sur la communication en situation de crises sanitaires (%)	Rapport d'activités	DGSP	ND	100	50	100	100	100	100
	Proportion des prestataires formés sur l'humanisation des soins et l'approche des soins intégrés centrée sur le patient	Rapport d'activités	DGOS	ND	100	30	70	100	100	100
	Nombre d'instituts de formation professionnelle relevant du one health ayant intégré de modules de formation en CSC dans les curricula	Rapport d'activités	DGESS	ND	3	0	0	3	3	3
<b>P 2.2 Les populations sont sensibilisées aux droits, devoirs, circuit des patients/clients et aux offres des soins</b>										
	Pourcentage des districts sanitaires ayant réalisé	Annuaire statistique du MS	DCPM	ND	100	30	60	90	100	100

	une fois tous les deux mois des émissions radiophoniques et télévisuelles sur les droits, devoirs et circuit des patients/clients									
	Nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation (causeries éducatives et théâtres fora organisés au niveau communautaire à travers les ASBC et les OBC/Associations) sur les droits, devoirs et circuit des patients/clients	ENDOS-BF	ND	4 150 000	1 380 000	2 765 000	4 150 000	4 150 000	4 150 000	
<b>P2.3. Les bonnes pratiques en matière de CSC et de communication en santé sont documentées et diffusées</b>										
	Nombre de bonnes pratiques documentées	Rapports d'activités	DGESS/DGOS	ND	80%	20%	45%	65%	75%	80%
	Proportion des bonnes pratiques , diffusées	Rapports d'activités	DGESS/DGOS	ND	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>P2.4. Le dispositif de soutien psycho-social et de partage d'expériences entre les prestataires est fonctionnel</b>										
	Proportion de structures sanitaires dotées d'un dispositif de soutien psychosocial et de partage d'expériences entre les prestataires fonctionnel	Rapports d'activités	DGOS	ND	80%	10%	45%	65%	75%	80%
<b>P2.5. Le mécanisme de gestion des conflits est fonctionnel</b>										
	Proportion des organes tenant des sessions de gestion des conflits	CR de rencontres	DGOS	ND	100%	100%	100%	100%	100%	100%

<b>P2.6. Le partenariat avec les OSC, les médias et les téléphonies mobiles est dynamique</b>										
	Proportion des cadres de concertation tenues avec les OSC intervenant dans la santé	Rapport d'activités	DGSP	ND	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Proportion des cadres de concertation tenues avec les acteurs des médias	CR de rencontres	DCPM	ND	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Proportion des cadres de concertation tenues avec les acteurs des téléphonies mobiles	CR de rencontres	DCPM	ND	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Nombre de conventions de partenariat signées avec les médias	Documents de convention	DCPM	12	15	20	22	22	22	22
<b>P 2.7. Les spécificités socio-culturelles sont intégrées dans les approches de communication en santé et CSC</b>										
	Proportion de production de communication intégrant les spécificités socio-culturelles	Rapport d'activités	DGSP	ND	100%	60%	100%	100%	100%	100%
	Proportion de prestataires de soins formés sur l'intégration des spécificités socio-culturelles	Rapport d'activités	DGSP	ND	100%	60%	70%	80%	90%	100%
	Taux de participation des parties prenantes aux sessions de planification	Rapport d'activités	DGESS	ND	100%	80%	100%	100%	100%	100%
<b>P2.1.8 L'engagement communautaire en faveur de la santé est renforcé</b>										
	Proportion de cadres de concertation tenus sur l'engagement communautaire	Rapport d'activités	DGSP	ND	100%	80%	100%	100%	100%	100%

	Proportion des ASBC disposant d'outils et de supports sur l'engagement communautaire	Rapport d'activités	DGSP	ND	100%	80%	90%	100%	100%	100%
	Proportion de prestataires de soins formés sur l'engagement communautaire	Rapport d'activités	DGSP	ND	100%	20%	40%	60%	80%	100%
<b>P 2.9 Le partenariat avec les TPS dans le domaine de la communication et du CSC est renforcée</b>										
	Proportion des districts sanitaires disposant d'un cadre de concertation fonctionnel entre les acteurs de santé et les TPS	Rapport d'activités	DGOS	ND	100%	50%	80%	100%	100%	100%
	Proportion des cadres de concertation tenus entre les acteurs de santé et les TPS à tous les niveaux	Rapport d'activités	DGOS	ND	100%	80%	100%	100%	100%	100%
<b>Orientation stratégique 3 : Développement des actions de communication pour la préparation des populations aux risques de catastrophes et urgences sanitaires</b>										
<b>E3.1. Les populations sont aptes psychologiquement et physiquement à faire face aux catastrophes et urgences sanitaires à travers un dispositif performant de communication</b>										
	<b>Nouveaux contacts</b>	Annuaire statistiques	DGESS	1,08	1,5	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5
<b>P3.1 Le dispositif de communication de gestion des facteurs de risques modifiables est mis en place pour renforcer les capacités de résilience des populations</b>										
	Pourcentage des acteurs formés sur la CREC	Rapports d'activités	CORUS	ND	100	50	100	100	100	100
	Pourcentage des DRS ayant réalisé des	Rapports d'activités	DGSP	ND	100	0	70	100	100	100

	exercices de simulation									
	Pourcentage des districts ayant réalisé des exercices de simulation	Rapports d'activités	DGSP	ND	100	0	60	100	100	100
<b>P3.2 Le mécanisme de coordination de la communication sur les crises sanitaires est fonctionnel avant, pendant et après la crise</b>										
	Existence d'une cellule de coordination en communication pour la gestion des crises sanitaires	Arrêtés de création	DGSP	ND	1	1	1	1	1	1
	Nombre de rencontres tenues avec PV par la cellule de coordination en communication pour la gestion des crises	Procès-verbal	DGSP	ND	10	2	4	6	8	10
	Pourcentage de structures sanitaires appliquant les directives sur le circuit de déclaration des urgences sanitaires	Rapport d'activités	DGSP	ND	100	20	40	60	80	100
<b>P3.3 Les populations ont accès et utilisent convenablement les services d'eau potable, et d'assainissement et d'hygiène en situation d'urgences sanitaires et de catastrophes</b>										
	Nombre de maintenance préventive des dispositifs d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement	Rapports d'activités	DGSP	ND	250					250
	Pourcentage d'acteurs d'assainissement et d'eau potable formés sur les interventions pour l'adoption des bonnes pratiques concernant la chaîne de l'eau	Rapports d'activités	DGSP	ND	100	50	100	100	100	100

	Taux d'accès à l'assainissement familial (%)	Rapports d'enquête	DGSP	25,2	50,4	30,24	35,24	40,32	45,36	50,4
<b>P3.4 Le mécanisme de régulation pour la gestion des urgences en cas de survenue massive de patients est fonctionnel</b>										
	Nombre de centres d'appel et de régulation pour la gestion des urgences fonctionnel	Rapports d'activités	DGSP	1	13	13	13	13	13	13
	Pourcentage d'agents formés sur la gestion des urgences	Rapports d'activités	DGSP	ND	100	100	100	100	100	100
<b>P 3.5 Les ressources humaines dans la communication en santé en quantité et en qualité sont disponibles</b>										
	Pourcentage d'agents qualifiés dans le domaine de la communication en santé	Rapports d'activités	DRH	ND	100	50	100	100	100	100
	Pourcentage d'acteurs formés sur la CREC	Rapports d'activités	DGSP	ND	100	50	100	100	100	100
<b>Axe 4 : Adoption par les populations des bonnes pratiques et des comportements en faveur de la santé</b>										
<b>Effet attendu 4.1 : Les populations adoptent des bonnes pratiques et des comportements favorables à la santé</b>										
Code	Indicateurs d'Effet	Sources	Responsables / Structure	Valeurs de référence	Cible finale	Cibles				
						2022	2023	2024	2025	2026
	Nombre de contact par habitant et par an	Annuaire statistique	DSS	1,08 (en 2020)	1,5	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5
	Taux de mortalité générale de la population	Enquête EDS	DGESS	11,8 ‰ (2020)	10‰	11,5‰	11,2‰	10,8‰	10,5‰	10‰
<b>P4.1 : Les communautés s'impliquent fortement dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des interventions en matière de communication et de CSC.</b>										
	Proportion de rencontres de dialogue communautaire tenues	Comptes rendus	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	100%	20%	40%	60%	80%	100%
	Proportion des acteurs	Rapports de formation et de	Organe de	ND	100%	40%	60%	75%	85%	100%

	formés et supervisés en dialogue communautaire	supervision	coordination DCPM DGSP Toute autre structure								
	Nombre d'instances de dialogue communautaire dynamisées **	Rapports d'activités	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	4	2	2	4	4	4	4
	Proportion des formations sanitaires ayant tenu des AG	Rapports d'activités	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	100%	40%	60%	75%	85%	100%	100%
	Proportion de monitorings des activités communautaires réalisés	Rapports d'activités	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	100%	40%	60%	75%	85%	100%	100%
<b>P4.2 Les différents groupes spécifiques et leurs besoins en matière de communication et de CSC sont bien identifiés</b>											
	Existence d'une cartographie des groupes spécifiques dont les besoins en matière de communication et de CSC	Rapports d'activités	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	1	1	1	1	1	1	1
	Proportion de fora organisés à tous les niveaux du système de santé avec les acteurs concernés pour identifier les besoins des différents groupes spécifiques en matière de communication et de CSC	Rapports d'activités	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	100%	40%	60%	75%	85%	100%	100%
<b>P4.3 L'accueil et la communication interpersonnelle en milieu de soins sont améliorés</b>											
	Proportion des acteurs formés en accueil et en communication	Rapports de formation	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	100%	40%	60%	75%	85%	100%	100%

	interpersonnelle		structure								
	Proportion des acteurs supervisés/coachés en accueil et en communication interpersonnelle	Rapports de supervision/coaching	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	100%	40%	60%	75%	85%	100%	
<b>P4.4 : L'engagement des leaders communautaires sur la promotion des pratiques favorables à la santé est renforcé</b>											
	Proportion des leaders communautaires formés sur la communication pour la promotion des pratiques favorables à la santé	Rapports de formation	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	100%	40%	60%	75%	85%	100%	
	Proportion des leaders communautaires sensibilisés sur la communication pour la promotion des pratiques favorables à la santé	Rapports d'activités	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	100%	40%	60%	75%	85%	100%	
	Nombre de champions/ambassadeurs communautaires identifiés pour les pratiques favorables à la santé dans chaque région	Rapports d'activités	MS Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	13	7	13	13	13	13	
<b>Produit 4.5 : Les normes de genre défavorables à la santé sont réduites</b>											
	Existence d'une cartographie des normes de Genre défavorables à la santé	Rapports d'activités	MS Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	1	1	1	1	1	1	
	Proportion d'acteurs sensibilisés sur les normes de Genre défavorables à la santé	Rapports d'activités	Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	100%	40%	60%	75%	85%	100%	

	Existence d'une ligne verte de veille fonctionnelle sur les normes de Genre défavorables à la santé	Rapports d'activités	MS Organe de coordination DCPM DGSP Toute autre structure	ND	1	1	1	1	1	1
--	---	----------------------	--	----	---	---	---	---	---	---

**LISTE DES PARTICIPANTS**

**ATELIER D'ÉLABORATION DU DRAFT ZERO DE LA STRATÉGIE INTEGREE DE COMMUNICATION EN SANTE ET DE CHANGEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENTAL DU BURKINA FASO**

6 au 10 décembre 2021 à Bobo-Dioulasso

N°	NOM & PRÉNOMS	SEXE		FONCTION	STRUCTURE/ PROVENANCE	TÉLÉPHONE/Email
		F	M			
1	MINOUGOU Cyrille		x	TA. Nutrition Santé	SCI- Ouagadougou	<a href="mailto:cyrilleminougou@savthchildren.org">cyrilleminougou@savthchildren.org</a>
2.	SAWADOGO Aboubacar		x	Conseiller Régional	Breakthrough ACTION/SCI	<a href="mailto:Aboubacar-sawadogo@save/hechldrs.org">Aboubacar-sawadogo@save/hechldrs.org</a>
3.	Ouandé/Adama HANRO	X		Sage-femme /communication	DPES-MS Ouaga	<a href="mailto:adamaouande@gmail.com">adamaouande@gmail.com</a>
4.	SEBGO Ousséni		X	Chef de service de la formulation des stratégies de com. Attaché de santé	DCPM/Santé	<a href="mailto:Oussenisebgo2@yahoo.fr">Oussenisebgo2@yahoo.fr</a>
5.	KONFE/GANAME Binta	x		Attaché de santé	DPCM/Santé	<a href="mailto:konfeb@yahoo.fr">konfeb@yahoo.fr</a>
6.	SAMA Ouambi		x	Chargé de S/E du RAJS/BF	SPONG	<a href="mailto:ouambipanlsama@yahoo.fr">ouambipanlsama@yahoo.fr</a>
7.	BADIEL Emile		x	Médecin	DSF/Ouaga	<a href="mailto:zembdo@yahoo.fr">zembdo@yahoo.fr</a>
8.	DAO Igiallo Coumbo	x		ATS	DSF/Ouaga	<a href="mailto:dcoumbo@gmail.com">dcoumbo@gmail.com</a>
9.	SANOU Aurélien Jean		x	Médecin	Humanisation sante	<a href="mailto:saurelienjean@gmail.com">saurelienjean@gmail.com</a>
10.	YAMEOGO Edgard François		x	Religieux	Camillianum Ouaga	<a href="mailto:edgaryameogo@yahoo.fr">edgaryameogo@yahoo.fr</a>
11.	OUEDRAOGO Francine	x		Médecin Directrice	JHPEGO	<a href="mailto:Franine.ouedraogo@jhpego.org">Franine.ouedraogo@jhpego.org</a>
12.	BATIENE D. Vincent		x	Directeur	DFP/DGESS/MS	<a href="mailto:vincentbatienr@hotmail.com">vincentbatienr@hotmail.com</a>
13.	OUEDRAOGO Issa		x	SBC Technical advisor	JHPIEGO	<a href="mailto:Issa.ouedraogo1@jhpiego.org">Issa.ouedraogo1@jhpiego.org</a>
14.	KY Césaire		x	Attaché de Santé la SESSIO	DFP/Ouaga	<a href="mailto:cesairekyak@yahoo.fr">cesairekyak@yahoo.fr</a>
15.	GOMGNOUBOU Yacouba		x	Conseiller de Santé	DFSP	<a href="mailto:gomyac@yahoo.fr">gomyac@yahoo.fr</a>
16.	BAMOGO Francis		x	Attaché de Santé	ST-CSU	<a href="mailto:bamogosik@gmail.com">bamogosik@gmail.com</a>
17.	BELEMTOUGRI W. Amita Safoura	x		Responsable de communication	INSP	<a href="mailto:onithobelem@yahoo.fr">onithobelem@yahoo.fr</a>
18.	TUINA P. Olivier		x	Conseiller de Santé	DQSS	<a href="mailto:tpo.dgss@gmail.com">tpo.dgss@gmail.com</a>
19.	KABORE GUY Herman		x	Conseiller santé/Cab/MS	Cab/MS	
20.	AKA Vidoumou		x	Ingénieur du Génie Sanitaire	DPSP	<a href="mailto:akavidou@yahoo.fr">akavidou@yahoo.fr</a>
21.	GNANOU Boureima		x	Communication	DCPM	<a href="mailto:Gbiamou07@yahoo.fr">Gbiamou07@yahoo.fr</a>

22.	AKOTIONGA Edouard		x	Personne ressource	DGESS/DFP	<a href="mailto:eakotionga@yahoo.fr">eakotionga@yahoo.fr</a>
23.	CISSO Issou		x	CEI/SG	SG/BE	<a href="mailto:cissoisso@yahoo.fr">cissoisso@yahoo.fr</a>
24.	OUEDRAOGO W. Thomas		x	DRS	DRS/Centre	<a href="mailto:Wenals72@yahoo.fr">Wenals72@yahoo.fr</a>
25.	ZONGO ISOH Bintou	x		Conseiller en communication	DCPM/Santé	<a href="mailto:Bintousoh79@gmail.com">Bintousoh79@gmail.com</a>
26.	KI Bruno		x	Directeur projet	Pathfinder	<a href="mailto:bki@pathfinder.org">bki@pathfinder.org</a>
27.	COMPAORE Oumarou		x	Ingénieur du Génie Sanitaire	DRS HBS	<a href="mailto:Om01compaore@yahoo.fr">Om01compaore@yahoo.fr</a>
28.	PEKELE M. Etienne		x	Conseiller HSS	OMS	<a href="mailto:pekelem@who.int">pekelem@who.int</a>
29.	Crépin Hilaire DAGJO		x	Chargé de Communication	OMS	<a href="mailto:dadjoh@who.int">dadjoh@who.int</a>
30.	ZINGUE O.N. Sylvain		x	Spécialiste en communication	Consultant com UNICEF	<a href="mailto:sylvainzingue@hotmail.fr">sylvainzingue@hotmail.fr</a>
31.	TAOUBGA Mahama		x	Gestionnaire des Hôpitaux	DPPO	<a href="mailto:mahamatoubga@yahoo.fr">mahamatoubga@yahoo.fr</a>
32.	COULIBALY Sidi		x	COP	Advancing Nutrition	<a href="mailto:scoulibaly@advernujuho.org">scoulibaly@advernujuho.org</a>
33.	SAWADOGO Bengdo Benjamin		x	Consultant	SAPAD	<a href="mailto:sawabengamin@yahoo.fr">sawabengamin@yahoo.fr</a>
34.	KABORE Issaka Sidaoma		x	Consultant	SAPAD	
35.	PARE SOME Jeanne d'Arc	x		Advisor ECRC	BA/SCI	<a href="mailto:Jeanne.some@savelnechildren.org">Jeanne.some@savelnechildren.org</a>
36.	KONE Mamadou		x	Spécialiste CSC/EC	SCI/	<a href="mailto:Mamadou1.konesavethechildren.org">Mamadou1.konesavethechildren.org</a>
37.	OUEDRAOGO Chantal	x		Informaticienne	ISIS/MS	<a href="mailto:rosac2ky@gmail.com">rosac2ky@gmail.com</a>
38.	KOUAMA/ZERBO Régine	x		Chargée de communication	DGEP/MEA	<a href="mailto:wilfrazer@yahoo.fr">wilfrazer@yahoo.fr</a>
39.	CISSE Soumaila		x	Agent	DGA/MEA	<a href="mailto:Cisse.soumayla@yahoo.fr">Cisse.soumayla@yahoo.fr</a>
40.	TASSEMBEDO Mahamadi		x	Directeur	DSEC	<a href="mailto:tassamaha@yahoo.fr">tassamaha@yahoo.fr</a>
41.	KAMBOU Dieudonné		x	Chirurgie	CHUYO	<a href="mailto:handien@yahoo.fr">handien@yahoo.fr</a>
42.	ZONGO/ZOUBGA W. Céline	x		Agent-ATS	DN	<a href="mailto:zoceline@yahoo.fr">zoceline@yahoo.fr</a>

**LISTE DES PARTICIPANTS**  
ATELIER D'ÉLABORATION DU CADRE STRATÉGIQUE DU PLAN COM ET CSC A BOBO DU 24 JANVIER AU 2 FÉVRIER 2022

N°	NOM & PRÉNOMS	SEXE		FONCTION	STRUCTURE/ PROVENANCE	TÉLÉPHONE/Email
		F	M			
1	AKA Vidoumou		x	Ingénieur du Génie Sanitaire	DPSP	<a href="mailto:akavidou@yahoo.fr">akavidou@yahoo.fr</a>
2	GNANOU Boureima		x	Conseiller en Communication	DCPM	<a href="mailto:Gbiamou07@yahoo.fr">Gbiamou07@yahoo.fr</a>
3	DAILA Kolou		x	Attaché de Santé/Agent	DSEC/Ouaga	<a href="mailto:koloudaila@yahoo.fr">koloudaila@yahoo.fr</a>
4	OUEDRAOGO Issa		x	SBC Technical advisor	JHPIEGO	<a href="mailto:Issa.ouedraogo1@jhpiego.org">Issa.ouedraogo1@jhpiego.org</a>
5	KOANDA Boureima		x	Agent	DGESS/DPPO	<a href="mailto:kouandamour@yahoo.fr">kouandamour@yahoo.fr</a>
6	OUOBA Palamanga		x	Médecin/Agent	DFP/Ouaga	<a href="mailto:palam4ouoba@yahoo.fr">palam4ouoba@yahoo.fr</a>
7	KABORE Issaka Sidaoma		x	Communicateur Consultant	SAPAD	<a href="mailto:kaboreissaka@yahoo.fr">kaboreissaka@yahoo.fr</a>
8	BALIMA Victor Robert		x	Chef de service de la communication et des relations publiques	CHU-SS	<a href="mailto:robertbalima@gmail.com">robertbalima@gmail.com</a>
9	DIALLO Maïrama	x		Agent/SFE	DSF/Ouaga	<a href="mailto:mairadiallo.md@gmail.com">mairadiallo.md@gmail.com</a>
10	Toé/Bassolé Geneviève Sandrine	x		Pharmacien	DGAP	<a href="mailto:Bassole.sandrine@gmail.com">Bassole.sandrine@gmail.com</a>
11	BELEMTUGRI W. Anitha Safoura	x		Responsable de communication	INSP	<a href="mailto:anithabelem@yahoo.fr">anithabelem@yahoo.fr</a>
12	DIALLO Daouda		x	Médecin	DPES	<a href="mailto:Diallod_ym@yahoo.fr">Diallod_ym@yahoo.fr</a>
13	ZONGO/SOH Bintou	x		Conseiller en communication	DCPM/Santé	<a href="mailto:Bintousoh79@gmail.com">Bintousoh79@gmail.com</a>
14	SAWADOGO Issa		x	Economiste/Agent	DFP	<a href="mailto:isawadogo473@yahoo.fr">isawadogo473@yahoo.fr</a>
15	BAKOUAN Eugène		x	Chargé de Projet	SPONG	<a href="mailto:eubakouan@yahoo.fr">eubakouan@yahoo.fr</a>
16	TRAORE Safiatou	x		Pharmacien	ANRP	<a href="mailto:tsafiat2011@gmail.com">tsafiat2011@gmail.com</a>
17	DOUSSA/ZONGO Salimata	x		Coordonnatrice gratuité des soins	SCI	<a href="mailto:salimatadoussa@savethechildren.org">salimatadoussa@savethechildren.org</a>
18	KONFE/GANAME Binta	x		Attaché de santé	DPCM/MS	<a href="mailto:konfeb@yahoo.fr">konfeb@yahoo.fr</a>
19	KONE Mamadou		x	Spécialiste CSC-EC	Breakth	<a href="mailto:mamadou1.kone@savethechildren.org">mamadou1.kone@savethechildren.org</a>

20	ZINGUE O.N. Sylvain		x	Spécialiste en communication	Consultant	<a href="mailto:sylvainzingue@homail.fr">sylvainzingue@homail.fr</a>
21	HIEN D. Alain		x	Médecin	FASPB	<a href="mailto:hiendiedonlain@yahoo.com">hiendiedonlain@yahoo.com</a>
22	SANFO Alexandre		x	AASS/Agent	DFP	<a href="mailto:alexant@homail.com">alexant@homail.com</a>
23	GOMGNOUBOU Yacouba		x	Conseiller de santé/ Agent	DGOS	<a href="mailto:gomyac@yahoo.fr">gomyac@yahoo.fr</a>
24	Silga/OUEDRAOGO. Doris		x	Agent	DSF	<a href="mailto:Silga.doris@yahoo.fr">Silga.doris@yahoo.fr</a>
25	SANON Aurélien Jean		x	Médecin	Humanisation en santé	<a href="mailto:saurelienjean@gmail.com">saurelienjean@gmail.com</a>
26	GUINKO T. Mohamed R		x	Agent	DFP	<a href="mailto:quinkomohamed3@yahoo.fr">quinkomohamed3@yahoo.fr</a>
27	TASSEMBEDO Mahamadi		x	Directeur	DSEC	<a href="mailto:tassamaha@yahoo.fr">tassamaha@yahoo.fr</a>
28	SEBGO Ousséni		x	Chef service/Conseiller de santé	DCPM/Santé	<a href="mailto:oussenisebgo2@yahoo.fr">oussenisebgo2@yahoo.fr</a>
29	COMPAORE Oumarou		x	Ingénieur du Génie sanitaire/Agent	DRSHP Haut-Bassins	<a href="mailto:Om01compaore@yahoo.fr">Om01compaore@yahoo.fr</a>
30	CISSO Isso		x	Chargé d'Études	SG	<a href="mailto:cissoisso@yahoo.fr">cissoisso@yahoo.fr</a>
31	TIENDREBEOGO K. Ramane		x	C.SAF	DFP	<a href="mailto:tkraman10@yahoo.fr">tkraman10@yahoo.fr</a>
32	KABORE Guy Herman		x	Charge de mission	MSHP/Cabinet	<a href="mailto:kabguyher@yahoo.fr">kabguyher@yahoo.fr</a>
33	SAWADOGO B. Benjamin		x	Consultant	SAPAD	<a href="mailto:Sawabenjamin@yahoo.fr">Sawabenjamin@yahoo.fr</a>
34	BAMAGO Francis		x	Attaché de santé	ST-CSU	<a href="mailto:bamogo_francis@yahoo.fr">bamogo_francis@yahoo.fr</a>
35	KY Césaire		x	Attaché de Santé SESSIO	DFP/Ouaga	<a href="mailto:cesairekyyak@yahoo.fr">cesairekyyak@yahoo.fr</a>
36	OUEDRAOGO W. Raïssa	x		Communicatrice/DCPM	DCPM	<a href="mailto:raissefr@yahoo.fr">raissefr@yahoo.fr</a>
37	BATIENE D. Vincent		x	Directeur	DFP/DGESS/MS	<a href="mailto:vincentbatiene@hotmail.com">vincentbatiene@hotmail.com</a>
38	OUEDRAOGO Chantal	x		Informaticienne	DSIS/MS	<a href="mailto:rosac2ky@gmail.com">rosac2ky@gmail.com</a>
39	DEMBELE/DABIRE Estelle	x		Directrice/DGESS	DGESS/Santé	<a href="mailto:Dabire-estelle@gmail.com">Dabire-estelle@gmail.com</a>
40	OUEDRAOGO Dramane		x	Responsable promotion de la santé	DS Dafra	
41	KAMBOU Dieudonné		x	Médecin spécialiste	CHUYO	
42	KI Bruno		x	Directeur Technique	Pathfinder	<a href="mailto:bki@pathfinder.org">bki@pathfinder.org</a>
43	PARE/ SOME Jeanne	x		Conseillère	BA/SCI	<a href="mailto:Jeanne.some@savelnechidren.org">Jeanne.some@savelnechidren.org</a>