

BURKINA FASO

MINISTRE DE LA SANTE



Unité - Progrès - Justice

AMELIORATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION, DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT, DE LA NUTRITION ET DE L'ETAT CIVIL **DOSSIER D'INVESTISSEMENT**



OCTOBRE 2018

TABLE DES MATIERES

	LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	5
	PREFACE	7
	REMERCIEMENTS	8
	SIGLES ET ABREVIATIONS	9
	RESUME	11
1.	INTRODUCTION	16
1.1.	POURQUOI UN DOSSIER D'INVESTISSEMENT EN SRMNEAN ET ETAT CIVIL POUR LE BURKINA FASO	16
1.2.	CONTEXTE DU PAYS	17
1.2.1.	Contexte géographique et démographique	17
1.2.2.	Contexte politique et administratif	17
1.2.3.	Situation socio-économique	18
1.2.4.	Situation sanitaire	18
2.	ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SRMNEAN	21
2.1.	LES INDICATEURS DE LA SRMNEAN	21
2.1.1.	La mortalité maternelle	21
2.1.2.	La mortalité néo-natale	22
2.1.3.	La mortalité infanto-juvénile	24
2.1.4.	La santé du jeune enfant	25
2.1.5.	La santé des adolescents/jeunes	26
2.1.6.	La nutrition	28
2.2.	CONTINUUM DE SERVICES EN SRMNEAN : PERFORMANCE ET GAPS	31
2.2.1.	Les soins prénatals (SPN)	31
2.2.2.	Les soins obstétricaux et néonataux d'urgences	34
2.2.3.	Accouchements assistés par du personnel qualifié	36
2.2.4.	Soins après avortements	38
2.2.5.	Consultation postnatale	39
2.2.6.	Les cancers de la femme	40
2.2.7.	Planification familiale	40
2.2.8.	Elimination de la transmission mère-enfant du VIH	43
2.2.9.	Consultation du nourrisson sain	45
2.2.10.	Vaccination des enfants	45
2.2.11.	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	47
2.2.12.	Le tri évaluation et traitement des urgences (TETU)	48
2.2.13.	Les interventions à haut impact de nutrition	49
2.2.14.	Interventions en faveur de la santé du jeune enfant, de l'adolescent et du jeune.	51
2.3.	ENVIRONNEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PAQUET SRMNEAN et ECSV	52
2.3.1.	La disponibilité et utilisation des services de santé	52

2.3.1.1.	Ressources humaines	52
2.3.1.2.	Infrastructures et équipements sanitaires	54
2.3.1.3.	Financement	56
2.3.1.4.	Information sanitaire	57
2.3.1.5.	La démarche qualité : Approche des soins intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients	57
2.3.1.6.	La santé communautaire	58
2.3.2.	Gouvernance et coordination	59
2.3.3.	Déterminants de la santé	60
3.	ETAT CIVIL ET STATISTIQUES VITALES	62
3.1.	SITUATION EN MATIERE D'ETAT CIVIL	62
3.1.1.	Enregistrement des naissances	62
3.1.2.	Déclaration des mariages et des décès	62
3.2.	SITUATION EN MATIERE DE STATISTIQUES VITALES	63
4.	ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT A LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE DES SERVICES DE LA SRMNEA ET DE L'ECSV	64
4.1.	GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET DE LEURS CAUSES POUR L'OFFRE DES PRATIQUES FAMILIALES	64
4.2.	GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET DE LEURS CAUSES POUR LE PAQUET DE SERVICES PREVENTIFS	65
4.3.	GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET DE LEURS CAUSES POUR LE PAQUET DE SERVICES CURATIFS	66
4.4.	LA LIMITE A L'EQUITE ET LIMITE OPERATIONNELLE	67
4.5.	LES PRINCIPALES STRATEGIES A HAUT IMPACT	70
5.	STRATEGIE D'AMELIORATION DE LA SANTE DE LA MERE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT/JEUNE, NUTRITION ET ETAT CIVIL.	72
5.1.	VISION	72
5.2.	PRINCIPES DIRECTEURS	72
5.3.	LE RESULTAT ATTENDU	72
5.4.	ZONE D'INTERVENTION	72
5.5.	LES PRIORITES, SOUS PRIORITES ET ACTIONS PRIRITAIRES	74
5.5.1.	PRIORITE 1 : Améliorer la couverture des populations cibles par le paquet intégré d'interventions SRMNEAN à haut impact	75
5.5.2.	PRIORITE 2 : Renforcer les piliers du système de santé en appui à l'offre de SRMNEAN	79
5.5.3.	PRIORITE 3 : Renforcer le pilotage du système de santé	82
6.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE	84
6.1.	CADRE INSTITUTIONNEL	84
6.1.1.	Coordination et pilotage	84
6.1.2.	Acteurs de mise en œuvre, niveaux, rôles et responsabilités	84
6.1.3.	L'exécution technique et financière	87
6.1.4.	Le suivi-évaluation	88

7.	BUDGETISATION	90
7.1.	METHODOLOGIE D'ESTIMATION DES COUTS DU PLAN	90
7.1.1.	Costing des coûts des interventions	90
7.1.2.	Limites des méthodes utilisées	90
7.2.	RESULTATS OBTENUS	90
7.2.1.	Estimation du budget	90
7.2.2.	Estimation des réductions de la mortalité	95
7.2.2.1.	Mortalité néonatale	95
7.2.2.2.	Mortalité des enfants de moins de 5 ans	95
7.2.2.3.	Mortalité maternelle	95
7.2.2.4.	Synthèse de la réduction annuelle des taux de mortalité	96
7.3.	ANALYSE DES GAPS DE FINANCEMENT SELON LE SCENARIO RETENU	97
8.	CONCLUSION	100
9.	ANNEXES	101

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ENCADRES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	: Etat de santé de la population	19
Tableau 2	: Principaux indicateurs de la santé sexuelle et reproductive des adolescents/jeunes	26
Tableau 3	: Evolution d'autres indicateurs de nutrition	30
Tableau 4	: Evolution des indicateurs de la PTME de 2010 à 2016 au Burkina Faso	43
Tableau 5	: Couvertures (%) vaccinales de 2013 à 2017	46
Tableau 6	: Déclaration des mariages et décès (2000-2004)	62
Tableau 7	: Classement des régions par priorité	73
Tableau 8	: Vue d'ensemble des priorités	74
Tableau 9	: Paquet d'interventions SRMNEA-N à haut impact	76
Tableau 10	: Coût estimatif par Scénario	91
Tableau 11	Budget estimatif annuel par programme en FCFA_ Scénario minimum	93
Tableau 12	: Budget annuel de la SRMNEAN-ECSV par programme en FCFA_ Scénario moyen	93
Tableau 13	: Budget annuel de la SRMNEAN-ETAT CIVIL par programme en FCFA_ Scénario maximum	94
Tableau 14	: Evolution des vies sauvées du scénario moyen	95
Tableau 15	: Evolution comparative des taux de mortalité par scénario	96
Tableau 16	: Parts contributives par source (disponibilité financière) en million FCFA	98
Tableau 17	: Gap de financement	99
Tableau 18	: Indicateurs du suivi-évaluation	109

LISTE DES FIGURES

Figure 1	: Organisation administrative et organisation des soins	18
Figure 2	: Evolution des ratios de mortalité maternelle	21
Figure 3	: Taux de mortalité néo-natale (/1000)	23
Figure 4	: Taux de mortalité Néonatale par région	23
Figure 5	: Evolution de la mortalité infanto-juvénile	24
Figure 6	: Evolution de la malnutrition au Burkina Faso (1999-2017)	29
Figure 7 a	: Retard de croissance par Région	30
Figure 7 b	: Malnutrition aiguë sévère par Région	30
Figure 8	: Taux de couverture en CPN4 par région en 2017	32
Figure 9	: Proportion des FS offrant les services essentiels de SONU	35
Figure 10	: Disponibilité des SONUC par région	36
Figure 11	: Taux d'accouchements assistés par région en 2017	37
Figure 12	: Couverture CPoN1 et CPoN2 niveau national et régional	39
Figure 13	: Taux d'utilisation de méthodes contraceptives	41
Figure 14	: Taux d'utilisation de méthodes contraceptives /Régions	42
Figure 15	: Besoins non couverts selon les régions et selon l'intervention	45

Figure 16	: Proportion d'enfants de 12-23 mois entièrement vaccinés (%)	47
Figure 17	: Evolution des indicateurs ANJE de 2012 à 2016	49
Figure 18	: Analyse de la performance des services de nutrition à l'aide de l'outil PHCPI (Gaps)	50
Figure 19	Distribution des gaps en RHS (Normes OMS) par région	53
Figure 20	Distribution des gaps de lits de maternité (Normes OMS) par région	54
Figure 21	: Indice de capacité opérationnelle générale des services	55
Figure 22	: Dépenses totales de santé comparées aux dépenses pour la SRMNEAN 2007-2016	56
Figure 23	: Evacuation hygiénique des selles	61
Figure 24	: Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet communautaire.	65
Figure 25	: Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet soins préventifs	66
Figure 26	: Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet de soins curatifs	67
Figure 27	: Nombre de décès de nouveau-nés évités par cause	68
Figure 28	: Nombre de décès des enfants de moins de cinq ans évités par cause	69
Figure 29	: Nombre de décès des enfants de moins de cinq ans évités par paquet d'intervention	70
Figure 30	: Coût total par stratégie (USD)	71
Figure 31	: Nombre de vies sauvées et coût/personne	71
Figure 32	: Répartition du budget estimatif par programme	91
Figure 33	: Répartition du budget estimatif par niveau administratif	92
Figure 34	: Disponibilité et gap de financement	97
Figure 35	: Parts contributives par source de financement (disponibilité financière)	98
Encadré 1	: L'ACHAT STRATEGIQUE	85

PREFACE

Le système de santé burkinabé a une bonne réactivité qui lui a permis d'accomplir des progrès importants en matière de santé de la reproduction, de la santé de la mère, du nouveau, de l'enfant, de l'adolescent/jeune et en matière de nutrition (SRMNEA-N). Cependant ces progrès n'ont pas été suffisants pour atteindre les cibles fixées au niveau national et au niveau international.

Aussi, le Gouvernement burkinabé s'est résolument engagé dans une série de profondes et ambitieuses réformes du Système de Santé.

Dans ce contexte, l'adhésion du Burkina Faso au Global Financing Facilities (GFF) en Septembre 2017, apparaît comme une opportunité pour focaliser les efforts sur certaines cibles et disparités pour plus d'impact et d'équité en SRMNEA-N et enregistrement des faits d'état civil et statistiques vitales.

A cet effet, le Pays a décidé de préparer, selon un processus participatif et inclusif, un dossier d'investissement en SRMNEA-N. Ce Dossier d'investissement en SRMNEAN et ECSV offre à notre Pays l'opportunité de focaliser les efforts de tous les acteurs sur quelques priorités et stratégies à haut impact pour booster les progrès.

En effet, pour relever le défi d'inverser la tendance, le Burkina Faso a entrepris d'associer la société civile, le secteur privé, les partenaires techniques et financiers ainsi que d'autres acteurs non moins importants aux travaux d'élaboration du « Dossier d'Investissement » pour la santé maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent, la nutrition et l'état civil. Auparavant, une analyse approfondie de la situation avait confirmé des iniquités inter-régionales où les indicateurs demeurent les plus préoccupants comparativement au reste du pays, et des gaps de financement ainsi que des causes multiples qui empêchent d'atteindre les résultats escomptés.

C'est pourquoi, le gouvernement a décidé de focaliser prioritairement les efforts visant l'amélioration de la santé mère-enfant dans lesdites régions afin d'atteindre des résultats rapides et tangibles permettant de changer la situation au niveau national.

Pour atteindre des résultats tangibles et rapides, des stratégies probantes, innovantes et à haut impact sur la santé seront déployées pour la mise en œuvre des interventions multiformes en faveur des groupes cibles visés. Pour ce faire, il faudrait plus d'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles ainsi que la mobilisation plus accrue de ressources nationales additionnelles et une coordination rigoureuse de la contribution des partenaires techniques et financiers. L'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé s'inscrit fort opportunément dans le cadre de la planification d'un financement durable dans l'optique de la Couverture Sanitaire Universelle. Le secteur de la santé entrevoit dans le mécanisme GFF, une occasion importante pour le Burkina Faso, d'améliorer la santé et le bien-être de nos populations les plus vulnérables, d'utiliser nos ressources plus efficacement et d'améliorer la coordination de tous les acteurs engagés dans notre système de santé.

Le Gouvernement burkinabé et les populations saluent à juste titre ce mécanisme de financement et exhorte toutes les parties prenantes à apporter leur contribution à la mise en œuvre du « Dossier d'Investissement » SRMNEA-N afin de contribuer efficacement à la mise en œuvre réussie du plan national de développement économique et social (PNDES) traduction opérationnelle de ma vision du développement économique et social de mon pays qui est de « bâtir un Burkina démocratique et prospère ».

Son Excellence Rock Marc Christian KABORE

PRESIDENT DU BURKINA FASO

REMERCIEMENTS

Le gouvernement du Burkina Faso et ses partenaires sont fermement engagés dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile dont les indicateurs demeurent assez préoccupants. A ce titre, le « Dossier d'Investissement » qui vient d'être élaboré, a pour but d'accélérer les efforts visant à améliorer de manière pérenne la santé de cette population la plus vulnérable, afin de bénéficier du dividende démographique.

Je voudrais, à la fin de ce processus, sincèrement remercier l'Union européenne à travers le Programme d'Appui à la Politique Sectorielle Santé et la Banque mondiale qui ont bien voulu appuyer le pays avec la mobilisation d'experts internationaux et nationaux. Mes remerciements s'adressent à tous nos partenaires techniques et financiers qui ont tous participé au processus ayant conduit à l'élaboration de ce document.

Aux représentants des organisations de la société civile et du Patronat, j'adresse ma sincère gratitude pour tous les efforts qu'ils ont consentis au cours de tout le processus d'élaboration et de leur promesse à s'engager aux côtés du secteur de la santé en vue de la réussite de l'œuvre immense que le secteur d'apprête à entreprendre pour le grand bénéfice des burkinabés. J'exprime ma gratitude aux experts et aux membres de l'équipe Fonctionnelle 7, dont le suivi étroit a permis le bon déroulement du processus d'élaboration du dossier d'investissement. J'exhorte cette équipe à veiller à un suivi rigoureux de la mise en œuvre de ce plan.

A toutes les personnes du secteur de la santé (proches collaborateurs et autres) très engagés et contribuant ainsi de près ou de loin à l'accomplissement de ce travail, je leur adresse l'expression de la reconnaissance du peuple burkinabé.

LE MINISTRE DE LA SANTE

Professeur Nicolas MEDA

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACT	: Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine
ANJE	: Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASBC	: Agent de santé à base communautaire
ANRP	: Agence nationale de régulation pharmaceutique
ASC	: Agent de santé communautaire
AT	: Assistant Technique
CAMEG	: Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
CASEM	: Conseil d'administration du secteur ministériel
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CDMT	: Cadre de dépense à moyen terme
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CNLAT	: Centre national de lutte antituberculeuse
CPN	: Consultation prénatale
CRLAT	: Centre régional de lutte contre la tuberculose
CSD	: Cadre sectoriel de dialogue
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CSS	: Conseil Supérieur de la santé
CT	: Commission thématique
DAF	: Direction de l'administration et des finances
DES	: Direction des établissements de santé
DGOS	: Direction générale de l'offre de soins
DGPML	: Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DGS	: Direction générale de la santé
DLM	: Direction de la lutte contre la maladie
DN	: Direction de la nutrition
DPS	: Direction de la promotion de la santé
DPV	: Direction de la prévention par les vaccinations
DQSS	: Direction de la qualité des soins et de la sécurité des patients
DRS	: Direction régionale de santé
DSF	: Direction de la santé de la famille
DSITS	: Direction des services informatiques et de la télésanté
ECD	: Equipe cadre de district
EDS	: Enquête démographique et de santé
EF	: Equipe fonctionnelle
ENDOS	: Entrepôt national des données sanitaires
ENP	: Etude nationale prospective
ESPS	: Etablissement sanitaire privé de soins
ETME	: Elimination de la transmission mère-enfant (du VIH)
GASPA	: Groupes d'Apprentissage de soutien aux pratiques d'ANJE

GFF	: Global Financing Facilities
IDH	: Indice de développement humain
INSD	: Institut national de la statistique et de la démographie
IST	: Infection sexuellement transmissible
MAS	: Malnutrition aigüe sévère
MMR	: Maternité à moindre risque
MS	: Ministère de la Santé
OBC	: Organisation à base communautaire
ODD	: Objectif de développement durable
OMD	: Objectif du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PCA	: Paquet complémentaire d'activités
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCMAS	: Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe sévère
PECADO	: Prise en charge du paludisme à domicile
PMA	: Paquet minimum d'activités
PNDES	: Plan national de développement économique et social
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNLP	: Programme national de lutte contre le paludisme
PNMNT	: Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles
PNMTN	: Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées
PNS	: Politique nationale de santé
PNT	: Programme national de lutte contre la tuberculose
PSSLS	: Programme sectoriel santé de lutte contre le VIH/SIDA/IST
PTF	: Partenaire technique et financier
PTME	: Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
RHS	: Ressources humaines en santé
RSI	: Règlement sanitaire international
SCADD	: Stratégie de croissance accélérée pour le développement durable
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SOGEMAB	: Société générale d'équipements et de maintenance biomédicale
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet
SRAJ	: Santé de la reproduction, de l'adolescent/jeune
SSP	: Soins de santé primaire
TDR	: Test de diagnostic rapide
TETU	: Tri Evaluation traitement en Urgence
UE	: Union Européenne
VIH/SIDA	: Virus de l'immunodéficience humain/Syndrome de l'immunodéficience acquise

RESUME

Au Burkina Faso, comme dans beaucoup de pays d'Afrique sub-saharienne, des progrès remarquables ont été réalisés au cours de ces 15 dernières années sur le plan de la réduction de la mortalité maternelle, néo-natale et infanto-juvénile. Mais ces progrès sont restés insuffisants pour atteindre les cibles fixées au niveau national et au niveau mondial.

Dans ce contexte, l'adhésion du Burkina Faso au Global Financing Facilities (GFF) en septembre 2017 apparaît comme une opportunité pour focaliser les efforts sur certaines cibles et disparités pour plus d'impact et d'équité en SRMNEAN et enregistrement des faits d'état civil et statistiques vitales. A cet effet, le Pays a décidé de préparer, de manière inclusive, un dossier d'investissement en SRMNEAN. L'Equipe fonctionnelle 7, à travers 4 sous-groupes, a rendu disponible le résultat d'un travail préparatoire (Rapports des sous-groupes, Cartographie des interventions) qui a été le support de la rédaction de ce Dossier d'investissement par une équipe de quatre consultants nationaux (2) et internationaux (2). La méthodologie était participative avec une revue documentaire exhaustive et utilisation de l'outil EQUIST pour l'analyse des goulots et leurs causes et l'identification de stratégies efficaces. Le calcul du coût de la stratégie a été fait avec l'outil OneHealth.

Le dossier d'investissement, rédigé dans le respect des principes et orientations de GFF, apporte une réponse cohérente à cinq questions principales :

- Où en sommes-nous en SRMNEAN, Enregistrement des faits d'état civil et statistiques vitales (SRMNEAN-ECSV) ?
- Quels sont les principaux goulots d'étranglement et leurs causes ?
- Quelle est la réponse pour lever ces goulots d'étranglement ?
- Quel est le coût de la réponse ?
- Quel est l'impact ?

OU EN SOMMES-NOUS EN SRMNEAN-ECSV ?

Sur les 15 dernières années (1999-2017), des progrès importants méritent d'être relevés. La mortalité maternelle est passée de 484 à 330/100 000 naissances vivantes, la mortalité néonatale de 41 à 23 ‰, la mortalité des moins de 5 ans de 219 à 82‰, la malnutrition aigüe de 13 à 9, la malnutrition chronique de 37 à 21 et l'insuffisance pondérale de 34 à 16%.

Sur un horizon de temps plus court tous les indicateurs d'effet sont en progression sur une échelle variable.

De 2013 à 2017, le taux de CPN4 était passé de 28,5 à 38%, de 80,5 à 83,9% pour les accouchements assistés par du personnel qualifié, de 47,2 à 47,8% pour l'allaitement maternel exclusif, de 101 à 106,1% pour la couverture de Pentavalent3, de 23,6 à 58,5% des enfants couverts par la PCIME et de 8,7 à 17,9% pour les enfants de 6 à 23 mois ayant consommé au moins 4 groupes d'aliments. Le taux de césarienne était passé de 1,6 à 2,2% de 2010 à 2017.

Le taux d'utilisation de méthodes contraceptives était passé de 32,4 à 27,5% probablement suite à l'introduction d'une nouvelle méthode de calcul.

Exception faite de la couverture des enfants par le Pentavalent3 qui a dépassé la cible fixée par le PNDS 2010-2020, aucun autre indicateur n'a atteint sa cible.

D'autre part, la répartition de la performance sur le territoire nationale souffre des effets d'une répartition inégale entre régions et de l'influence de la répartition de la population entre ruraux et urbains ainsi que de l'effet d'un certain nombre de déterminants de la santé comme les coutumes et pratiques culturelles, la pauvreté, l'accès à l'eau potable, le niveau d'hygiène et assainissement.

Les régions ont été classées en fonction des résultats en relation avec un paquet de 18 indicateurs de performances et de deux indicateurs d'impact (Taux de mortalité néo-natale et taux de mortalité infanto-juvénile)

Le premier groupe, dit de priorité 1 ou haute comprend les régions de la Boucle du Mouhoun, Centre-Est, Centre-Sud, Est et Sud.

Le deuxième groupe dit de priorité 2 ou moyenne comprend la région des Cascades, Centre-Ouest, Hauts Bassins et Sud-Ouest.

Et enfin, le groupe troisième dit de priorité 3 ou basse comprend les régions du Centre, Centre-Nord, Nord et Plateau Central

Deux autres facteurs d'inégalité identifiés étaient l'habitat en milieu rural ou urbain ainsi que la pauvreté.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET LEURS CAUSES ?

Les goulots d'étranglement ont été identifiés au niveau des trois niveaux d'exécution du paquet d'interventions de SRMNEAN.

En pratique familiale essentielle, les principaux goulots se situent au niveau de l'accessibilité géographique, de la continuité, de la qualité, de la faible accessibilité aux ressources humaines, et de l'acceptabilité sociale.

Les principales causes identifiées sont (i) la faible disponibilité des intrants, (ii) la répartition inégale des interventions au niveau national et les difficultés contextuelles telles que l'insécurité ou les contraintes de terrains dans certaines régions, (iii) l'insuffisance de la sensibilisation de la communauté, (iv) la diffusion d'idées fausses concernant les interventions et les pratiques essentielles, (v) le mauvais accueil, (vi) le manque de compétences interpersonnelles des prestataires, le faible soutien social pour les pratiques souhaitables, l'insuffisance des compétences, des infrastructures et de l'équipement nécessaires pour la qualité des services

En pratique préventive, les principaux goulots d'étranglement se situent au niveau de l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'accessibilité aux ressources humaines, la faible disponibilité des médicaments et du personnel formé, la qualité des soins et l'acceptabilité socio-culturelle.

Les causes des goulots prioritaires sont (i) la faible disponibilité des intrants, (ii) le nombre insuffisant de personnels formés, (iii) l'inégale répartition de l'offre de services au niveau régional, urbain et rural, (iv) les barrières financières directes et indirectes dans le contexte de

pauvreté des ménages, (v) l'insuffisance d'information et de soutien social ainsi que les attitudes discriminatives de certains prestataires, (vi) le manque de compétences et de motivation de certains prestataires pour assurer des soins de qualité.

En pratique curative, les principaux goulots d'étranglement se situaient au niveau de la disponibilité des produits essentiels, la faible acceptabilité socio-culturelle, la faible accessibilité géographique, la faible accessibilité financière, la continuité des soins, la qualité des soins et la faible accessibilité aux ressources humaines.

Les causes des goulots sont principalement (i) la faible disponibilité des intrants, (ii) le nombre insuffisant de prestataires formés en PCIMNI, SONU, (iii) l'inégale répartition des structures sanitaires et aux zones d'accès difficile, (iv) les paiements directs et indirects, (v) l'insuffisance de sensibilisation, (vi) les faibles compétences des prestataires en matière de communication interpersonnelles, (vii) les pesanteurs des normes traditionnelles et (viii) les compétences insuffisantes et la faible motivation des prestataires.

QUELLE EST LA REPONSE POUR LEVER CES GOULOTS D'ETRANGLEMENT ?

La réponse est une stratégie soutenue par la vision suivante :

Le Burkina Faso atteint le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population, avec une attention particulière pour le Mère, le Nouveau-né, l'enfant, l'adolescent/jeune, à travers un système de santé national performant.

Le résultat attendu d'ici 2023 est une réduction de la mortalité maternelle de 330 à 265 décès maternels/100 000 naissances vivantes, de 23 à 17‰ pour la mortalité néo-natale et de 82 à 51‰ pour la mortalité infanto-juvénile.

La stratégie est fondée sur 3 priorités choisies en fonction de leur capacité à agir sur les principaux goulots d'étranglement et intègre six approches à haut impact dont (i) la disponibilité des intrants, (ii) l'intégration des services, (iii) le renforcement de la pratique communautaire, (iv) l'éducation pour le changement de comportement, (v) l'amélioration de la qualité des services, (vi) le coaching et le renforcement de la supervision et (vii) la redevabilité du système.

Les priorités :

PRIORITE 1 : Améliorer la couverture des populations cibles par le paquet intégré d'interventions SRMNEAN à haut impact

- 1.1. Améliorer l'offre de services du paquet SRMNEAN à haut impact, intégré et de qualité
- 1.2. Améliorer l'équité et la demande de services SRMNEAN à haut impact avec un renforcement de l'approche communautaire et la réduction des barrières financières

PRIORITE 2 : Renforcer les piliers du système de santé en appui à l'offre de SRMNEAN

- 2.1. Assurer la disponibilité d'un personnel opérationnel, compétent, motivé et formé notamment à travers le coaching, le mentorat, ... ;

- 2.2. Assurer la disponibilité d'infrastructures et d'équipements pour l'offre des services ;
- 2.3. Assurer la disponibilité continue des intrants.

PRIORITE 3 : Renforcer le pilotage du système de santé

- 3.1. Renforcer la gouvernance et le leadership du secteur ;
- 3.2. Renforcer la collaboration intersectorielle pour consolider certaines actions intersectorielles comme l'ECSV ou pour mieux agir sur les déterminants de la santé.

La mise en œuvre du Dossier d'investissement sera pilotée au niveau national par le CSD (pilotage stratégique) et par l'Equipe fonctionnelle 7 (pilotage technique). Au niveau régional ce rôle sera assuré par le CRD appuyé par la DRS et au niveau opérationnel par l'ECD.

Le Dossier d'investissement comprend un cadre de suivi-évaluation qui servira de support à la plateforme de redevabilité.

QUEL EST LE COUT DE LA REPONSE ?

Trois scénarios ont été mis en balance : (i) le scénario minimum repose sur le maintien des acquis en matière de couvertures des interventions avec une légère augmentation de l'ordre de 5% sur les couvertures, (ii) le scénario moyen repose sur les couvertures attendues du plan SRMNEAN et le scénario maximum qui repose sur les objectifs fixés du PNDS 2011-2020.

Ainsi, Le coût global du plan par scénario est estimé comme suit :

- (i) scénario minimum **608 597 362 548 FCFA**, soit environ **1 067 714 671 USD**,
- (ii) scénario moyen **800 301 313 023 FCFA**, soit environ **1 404 037 391 USD** et
- (iii) scénario maximum **1 357 010 339 768 FCFA**, soit environ **2 380 719 894 USD**.

Le scénario moyen ou tendanciel est celui qui a été choisi parce qu'il offre des possibilités de mobilisations de ressources plus réalistes.

La ventilation des coûts par programme se présente comme suit : 24 % pour les "Interventions transversales" de soutien aux services de SRMNEA du financement total, 29% pour la santé des enfants de moins de 5 ans, 31% pour la Santé de la mère et du nouveau-né, 14% pour la nutrition, 1% pour la santé des adolescents/jeunes et 2% pour l'état civil et statistiques vitales.

La ventilation du budget par niveau de la pyramide sanitaire montre que 53% des financements sont orientés vers le niveau opérationnel (District sanitaire), 20% vers le niveau intermédiaire et 27% du financement vers le niveau central.

En attendant les annonces de tous les partenaires techniques et financiers du Burkina, la différence entre les ressources disponibles et les besoins de financement a permis de dégager un gap de financements qui s'élève à **207 616 989 160 F CFA**.

Ce gap représente 26% des besoins de financement.

QUEL EST L'IMPACT ATTENDU ?

L'impact de la mise en œuvre des interventions proposées dans le plan financé selon le scénario moyen sera la réduction du taux de mortalité néonatale, du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et du ratio de mortalité maternelle.

Au regard des projections de couvertures attendues et des interventions à mettre en œuvre, les décès additionnels chez les enfants de moins d'un mois par rapport à l'année d'impact qui pourraient être évités sont estimés à 16 737 nouveau-nés, soit 21%.

En matière de mortalité néonatale et infanto juvénile, le nombre de décès évités s'élève à 16 737 nouveau-nés, soit 21% et 26 526 décès des enfants de moins de 5 ans, soit environ 13%.

Les différentes interventions à mettre en œuvre permettraient d'éviter 1 860 décès maternels soit 16%.

1. INTRODUCTION

1.1. POURQUOI UN DOSSIER D'INVESTISSEMENT EN SRMNEA-N ET ETAT CIVIL POUR LE BURKINA FASO

La morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile demeurent un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays en voie de développement dont le Burkina Faso. Ces dernières années, des stratégies et initiatives internationales et nationales spécifiques ont été lancées en vue d'intensifier et de mieux coordonner les efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4, 5 et 6 liés à la santé. Parmi les stratégies les plus importantes, il faut citer la Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes et des Enfants du Secrétaire Général des Nations Unies, la Campagne Africaine de Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), l'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement du Jeune Enfant 2009-2015 (SASDE) et l'engagement de MUSKOKA.

Dans le cadre de l'agenda post 2015, d'autres initiatives nationales ont été lancées pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) dont le Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020, le Plan stratégique 2015-2020 pour la survie de l'enfant de moins de cinq ans, le plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2016-2020 et dernièrement le Plan stratégique intégré SRMNEA-PA 2017-2020 développant une vision plus holistique de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

Des progrès ont été réalisés en SRMNEA-N avec des taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile qui sont passés respectivement de 341 à 330 pour 100 000 naissances vivantes et de 129 à 81 pour 1000 entre 2010 et 2015. La prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 33% en 2013 à 21% en 2017. La prévalence contraceptive est passée de 15 % en 2010 à 22.5 % en 2015. Mais ces progrès restent insuffisants et les niveaux de mortalité maternelle et infanto-juvénile restent inacceptables.

Dans ce contexte, l'adhésion du Burkina Faso au Global Financing Facilities (GFF) en septembre 2017 apparait comme une opportunité à saisir pour s'attaquer aux retards particuliers dans l'atteinte de certaines cibles et aux disparités pour plus d'impact et d'équité en SRMNEA-N et enregistrement des faits d'état civil et statistiques vitales.

Le GFF, officiellement lancé par le Secrétaire Général des Nations Unies en juillet 2015, a été conçu pour guider le programme de financement du développement, notamment en mobilisant les ressources nationales, en attirant des ressources extérieures supplémentaires et en améliorant l'efficacité de leur utilisation, et en employant des stratégies novatrices de mobilisation des ressources et de prestation de services.

L'approche du GFF est basée sur les principes suivants : Priorisation des interventions, Rendement de l'investissement, Réduction de la fragmentation, Orientation de la mise en œuvre et Orientation à plus long terme.

Dans sa relation avec le GFF, le cadre sectoriel de dialogue a été retenu comme plateforme globale pour le GFF et l'équipe fonctionnelle 7 a été retenue pour être la plateforme technique en charge de conduire le processus l'élaboration du dossier d'investissement suivant une feuille de route consensuelle.

En préparation de l'élaboration du dossier d'investissement, quelques activités ont été ou sont en cours de réalisation dont (i) la cartographie des interventions, intervenants et des financements en matière de SRMNEAN et des actions transversales qui soutiennent les objectifs de SRMNEAN, (ii) l'analyse des gaps de performance en matière de SRMNEAN, (iii) la priorisation des interventions coût-efficaces en SRMNEAN, (iv) la sécurisation des ressources financières du budget de l'Etat pour contribuer à financer le dossier d'investissement.

Pour appuyer l'EF7, il est donc apparu nécessaire de recruter une équipe de Consultants comprenant un consultant senior en santé publique, un consultant junior et un consultant senior économistes de la santé pour le volet costing à l'aide du logiciel One Health.

Le résultat attendu de cette consultation est la production du Dossier d'investissement en SRMNE-N et Etat Civil.

1.2. CONTEXTE DU PAYS

1.2.1. Contexte géographique et démographique

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé d'une superficie d'environ 274 200 Km². Il est limité au Nord-Ouest par le Mali, au Nord-Est par le Niger, au Sud-Est par le Bénin et au Sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo.

Le Burkina a un climat tropical de type soudanien avec une pluviométrie moyenne annuelle varie de 300 mm au nord à plus de 1200 mm au sud-ouest.

La population du Burkina Faso est estimée à 20 244 080¹ habitants en 2018, soit une densité d'environ 73,4 habitants/km². Avec une forte croissance démographique autour de 3,16%², la population pourrait atteindre 21 510 181 d'habitants en 2020. Le taux brut de natalité est estimé à 46,0‰, celui de la mortalité générale est de 11,8‰ et l'espérance de vie à la naissance de 56,7 ans. L'indice synthétique de fécondité est de 6,2. La population du Burkina Faso est caractérisée par son extrême jeunesse avec 47% de la population âgée de moins de 15 ans, 67% de moins de 25 ans et 33,2% des jeunes ont un âge compris entre 15 et 35 ans. L'espérance de vie à la naissance est de 55,5 ans.

1.2.2. Contexte politique et administratif

Sur le plan administratif, le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions dirigées chacune par un Gouverneur de région, 45 provinces subdivisées en départements qui sont constituées par un ensemble de villages. On dénombre 18 centres urbains dans le pays dont Ouagadougou est la capitale politique et Bobo-Dioulasso la capitale économique.

Depuis 2012, le Burkina Faso s'est engagé dans une politique de décentralisation accompagnée d'une déconcentration des services de l'Etat dans le but de renforcer les

¹ titut national de la statistique et de la démographie (INSD)

² Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). (2008). Le Burkina en chiffre

capacités d'action des collectivités territoriales et a créé des collectivités locales que sont les régions (13) et les communes (351).

En 2011, le pays a connu une crise politico-sociale 2011 suivie de plusieurs rebondissements qui ont conduit à la chute de l'ancien régime. Le gouvernement de transition, mis en place, a été lui-même secouée par une tentative de coup d'état et finalement des institutions démocratiquement élues ont été mises en place en 2015.

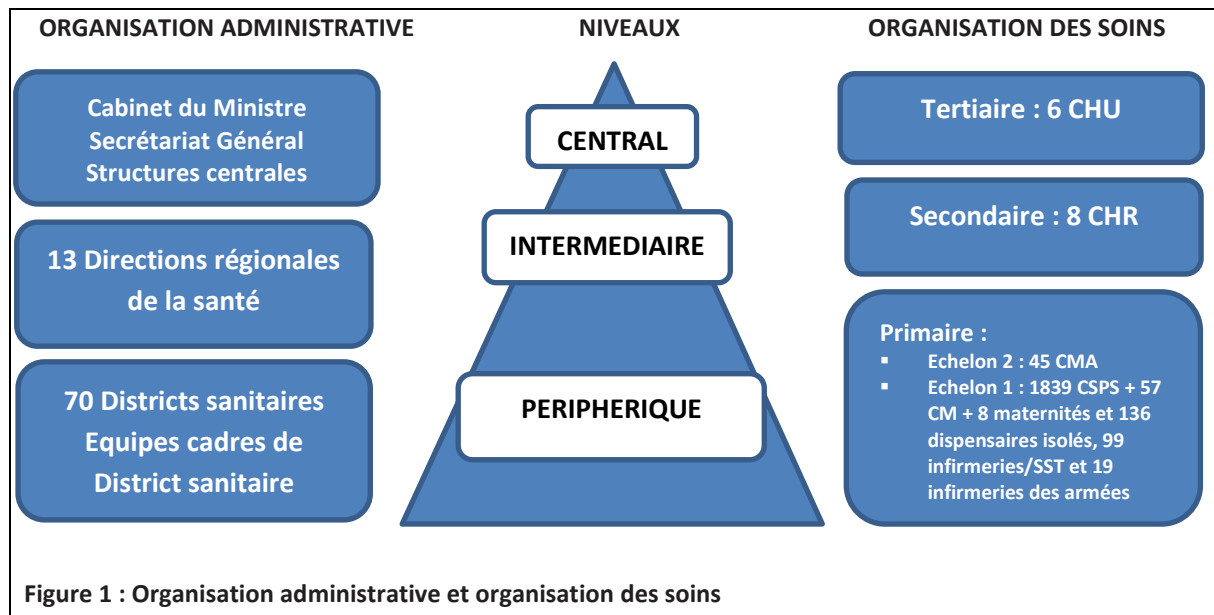
1.2.3. Situation socio-économique

Le Burkina Faso connaît une croissance économique fluctuante, qui s'est renforcée ces dernières années avec un taux de croissance annuel moyen du Produit intérieur brut (PIB) réel de 5,5% entre 2011 et 2015. Mais le taux de la croissance moyenne du PIB par habitant n'a été que de 2,3% à cause de la forte croissance démographique (3,1%). L'incidence de la pauvreté monétaire n'a connu qu'une légère baisse passant de 46,7% en 2009, pour un seuil de 108 454 FCFA à 40,1% en 2014 pour un seuil de pauvreté, estimé à 153 530 FCFA. La pauvreté est fondamentalement rurale, avec une incidence de 47,5% contre 13,6% en milieu urbain. Les problèmes de sécurité alimentaire sont récurrents et la malnutrition reste très importante : environ 30 % de la population est confrontée à une insécurité alimentaire chronique. Le niveau de l'Indice de Développement Humain (IDH) du Burkina Faso était de 0,420 en 2014, le classant dans la catégorie des pays à faible niveau de développement.

1.2.4. Situation sanitaire

1.2.4.1. Organisation administrative et organisation des soins

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois niveaux :



- Le niveau central est responsable de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;
- Le niveau intermédiaire est chargé de la coordination et de l'appui aux districts ;

- Au niveau périphérique, l'ECD est responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

En plus du secteur public, le Burkina Faso compte 519 structures privées de soins, 246 officines et 647 dépôts pharmaceutiques³.

En outre, il existe une pratique communautaire animée par des 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 santé.

1.2.4.2. Fonctionnement

La **Politique Nationale de Santé (2011)**, confirme l'adhésion du pays à la stratégie des soins de santé primaires et aux orientations mondiales. Elle est opérationnalisée à travers le **Plan national de développement sanitaire 2011-2020 (PNDS)** soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers des plans triennaux glissants.

Le PNDS 2011-2020 a été évalué à mi-parcours en 2016 [2,3,4] et révisé [5] au début de 2016 dans la perspective d'accélérer l'atteinte des ODD au Burkina-Faso et de faire le lien avec le budget programme 2017-2019. Le Budget programme est bâti autour de trois programmes : (i) le programme "Accès aux services de santé", (ii) le programme "Prestations des services de santé" et (iii) le programme "Pilotage et soutien des services du Ministère de la santé".

1.2.4.3. Etat de santé des populations

L'espérance de vie à la naissance est passée de 53,8 ans en 1996 à 56,7 ans en 2006 mais les taux bruts de morbidité et de mortalité demeurent élevés avec respectivement 8,4‰ et 11,8‰⁴.

Tableau 1 : Etat de santé de la population

Indicateurs	Valeur	Sources
Population totale	19 632 147	Projection 2007-2020
Espérance de vie à la naissance	56,7 ans	RGPH 2006
Taux bruts de natalité (TBN)	45,8‰	RGPH 2006
Taux de mortalité générale	11,8‰	RGPH 2006
Taux de mortalité des enfants de moins d'un an	65‰	EDS 2010
Taux global de fécondité générale	206‰	EDS 2010
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	5,4 enfants	EMDS 2015
Taux d'accroissement naturel	3,1%	RGPH 2006
Proportion des femmes	51,7%	RGPH 2006
Proportion de la population vivant en milieu rural	77,3%	RGPH 2006

Le ratio de mortalité maternelle était passé de 484 à 330 décès pour cent mille naissances vivantes entre 2003 et 2015.

³ Annuaire statistique 2017. Ministère de la Santé. Burkina Faso

⁴ Recensement général de la population et de l'habitat, Burkina Faso, 2006

Le taux de mortalité infanto-juvénile reste parmi les plus élevés au monde passant de 184‰ en 2003 à 129‰ en 2010 et à 81,6‰ en 2015. La mortalité néonatale quant à elle est passée de 31‰ en 2003 à 28‰ en 2010 et à 23,2‰ en 2015.⁵

Le profil épidémiologique du Burkina Faso est dominé par les maladies transmissibles dont les plus meurtrières sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques. L'incidence du paludisme reste élevée notamment chez les enfants de moins de 5 ans (1725‰), et les femmes enceintes. La létalité du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans était de 1,4% en 2017 contre 2,7% en 2012.

On assiste également à une émergence de maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle, le diabète, les cancers et les cardiopathies.

La situation nutritionnelle des enfants demeure préoccupante. En effet, 21,2% des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique, 8,6% d'émaciation et 16,2% d'insuffisance pondérale⁶.

Près de la moitié des enfants de moins de six mois (47,8%) ne bénéficient pas de l'allaitement exclusif et seulement 17,9% et 17,5% de ceux âgés de 6-23 mois ont respectivement une bonne diversité alimentaire et une alimentation minimum acceptable.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH-SIDA, le taux de séroprévalence du VIH a fortement baissé passant de 4,8% en 2001 à 0,8% en fin 2016.⁷

La lutte contre la tuberculose a connu un progrès notable car le taux de succès au traitement est passé de 77,8% en 2010 à 79,2% en 2017.⁸

La lutte contre les maladies tropicales négligées (filariose lymphatique, ver de Guinée, trachome, onchocercose, lèpre...) a entraîné une baisse de prévalence, voire l'éradication de certaines d'entre elles. Les maladies à potentiel épidémique (rougeole, méningite, diarrhée sanguinolente, choléra, fièvre jaune, poliomyélite, Dengue) font également l'objet de surveillance accrue dans les formations sanitaires. Le pays a été certifié indemne de poliomyélite. Grâce aux campagnes de vaccination de masse avec le Men Afrivac organisées depuis 2010 par le Ministère de la santé, le pays n'a plus connu d'épidémie de méningite.

Les acteurs communautaires ont contribué à l'atteinte des résultats obtenus à travers la mise en place des SBC. Pour une meilleure implication de ces acteurs dans l'atteinte des objectifs de santé, les principaux défis restent leur motivation, le renforcement de leurs capacités et la collaboration avec les agents de santé

⁵ Institut national des statistiques et de la démographie, Burkina, enquête module démographie et santé, 2015

⁶ Enquête SMART, 2017

⁷ Plan national multisectoriel de lutte contre le Sida et les IST, Burkina Faso, 2016

⁸ Ministère de la Santé, Burkina Faso, annuaire statistique 2017

2. ANALYSE DE LA SITUATION SANTE DE REPRODUCTION, DE LA MERE DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DE LA NUTRITION

L'analyse de situation montrera l'état actuel de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent/jeune et de la nutrition des populations ainsi que les progrès réalisés au cours des 15 dernières années. L'analyse portera également sur la réponse du système de santé en termes d'interventions prioritaires à haut impact pour identifier les déficits de performances et les causes de ces déficits.

2.1. LES INDICATEURS DE LA SRMNEAN

2.1.1. LA MORTALITE MATERNELLE

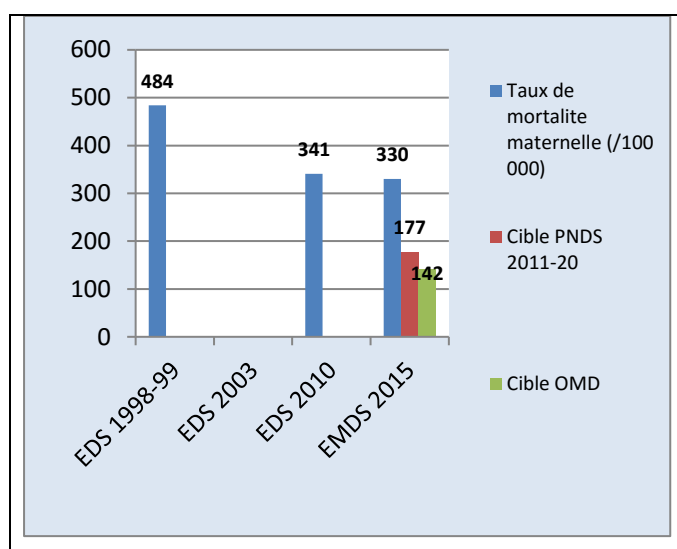


Figure 2 : Evolution des ratios de mortalité maternelle

De 1999 à 2015, le ratio de mortalité maternelle était passé de 484 à 330/100 000 naissances vivantes. Le niveau de réduction du Taux de mortalité maternelle était de 31,8 %. Cependant, en 2015 ces progrès n'ont pas permis d'atteindre ni la cible fixée dans le PNDS 2011-2020, ni celle des OMD⁹.

La répartition des performances est inégale sur le territoire national. En 2015, huit (8) Régions avaient une performance insuffisante : Est, Centre-nord, Nord, Centre-ouest, Centre-sud, Centre-est, Boucle du Mouhoun et Sahel.

Les principaux facteurs du niveau élevé de cette mortalité maternelle sont l'insuffisance de l'accessibilité, de la disponibilité, de la qualité des soins et la faible implication des Populations pour une maternité à moindre risque.

Les Causes de la mortalité maternelle au Burkina Faso

Les principales *causes directes* de ces décès maternels au niveau des formations sanitaires sont : les hémorragies (30%), les infections (23%), la rétention placentaire (11,40%), les ruptures utérines (10%), les complications des avortements (10%) et les éclampsies (4%). Les causes obstétricales directes sont responsables d'environ 80 % des décès¹⁰.

⁹ Enquête Démographique et de santé 1998-1999 Burkina Faso - Enquête Démographique et de santé 2003 – Burkina Faso - Enquête Démographique et de santé 2010 – Burkina Faso- Enquête Module Démographique et Santé (EMDS) 2015 – Burkina Faso

¹⁰ Enquête démographie et santé 1998-99. Burkina Faso

Parmi les *causes indirectes* qui représentent environ 20%, on peut citer le paludisme, l'anémie, le VIH/Sida et les hémoglobinopathies. 80% des décès maternels sont liés à des causes évitables et 50% surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Par ailleurs, 95% des décès maternels se passent dans les centres de santé et 5% dans les communautés.

La malnutrition est aussi une cause de mortalité et de morbidité maternelle. Le gain de poids excessif pendant la grossesse est associé à des issues défavorables de la grossesse.¹¹

Les carences en micronutriments sont liées à la mortalité et morbidité maternelle¹²⁻¹³.

Les trois retards sont le retard dans la Prise de décision pour le recours à un centre de santé, le retard pour arriver dans un centre de santé et le retard pour recevoir des soins

Le premier retard s'explique essentiellement par les facteurs socioculturels dont le processus de prise de décision au niveau de la cellule familiale pour la recherche des soins¹⁴, la faible connaissance des signes de danger par la femme¹⁵, le faible niveau d'éducation des femmes et la pauvreté des populations¹⁶.

Le deuxième retard est dû à la faible accessibilité géographique des formations sanitaires¹⁷ liée à une répartition inégale des formations sanitaires sur le territoire, à l'absence ou la vétusté des moyens d'évacuation¹⁸, des problèmes de barrières géographiques (montagnes, rivières) et la qualité médiocre du réseau routier.

Le troisième retard est dû à la non-disponibilité, la qualité et le coût élevé des soins obstétricaux d'urgence. Cette faible disponibilité était liée à un problème de ressources humaines qualifiées, de matériels, d'équipements et de médicaments¹⁹.

2.1.2. LA MORTALITE NEO-NATALE

Selon les rapports annuels de surveillance des décès maternels néonataux et de riposte (SDMNR), entre 2014 et 2016, on a enregistré respectivement 1872, 2256 et 2521 décès néonataux dans les FS. En 2016, les régions qui ont enregistré le plus de décès néonataux sont le Centre (740 cas), l'Est (270 cas), le Centre Nord (228 cas) et les Cascades (208 cas).

¹¹ Kominiaiek, M. A. & Peaceman, A. M. Gestational weight gain. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 217, 642–651 (2017).

¹² Black, R. E. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low- income and middle-income countries. *Lancet Lond. Engl.* 382, 427–451 (2013).

¹³ Arimond, M. et al. Simple Food Group Diversity Indicators Predict Micronutrient Adequacy of Women's Diets in 5 Diverse, Resource-Poor Settings. *J. Nutr.* 140, 2059S-2069S (2010).

¹⁴ Somé DT, Sombié I, Meda N. What prevent women for a sustainable use of maternal care in two medical districts of Burkina Faso? A qualitative study. *Pan Afr Med J.* 2014;18:43.

¹⁵ Duysburgh E, Ye M, Williams A, Massawe S, Sié A, Williams J, Mpembeni R, Loukanova S, Temmerman M. Counseling on and women's awareness of pregnancy danger signs in selected rural health facilities in Burkina Faso, Ghana and Tanzania. *Trop Med Int Health.* 2013;18:1498-509.

¹⁶ Bell J, Ouedraogo M, Ganaba R, Sombié I, Byass P et al. The epidemiology of pregnancy outcomes in rural Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health.* 2008;13:31-41.

¹⁷ De Allegri M, Tiendrebéogo J, Müller O, Yé M, Jahn A, Ridde V. Understanding home delivery in a context of user fee reduction: a cross-sectional mixed methods study in rural Burkina Faso. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:330. doi : 10.1186/s12884-015-0764-0.

¹⁸ Sia D, Fournier P. The role of transportation to access maternal care services for women in rural Bangladesh and Burkina Faso: A mixed methods study. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;135:S45-S50.

¹⁹ Kouanda S, Ouedraogo AM, Ouedraogo GH, Sanon D, Belemviré S, Ouedraogo L. Emergency obstetric and neonatal care needs assessment: Results of the 2010 and 2014 surveys in Burkina Faso. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016;135:S11-S15.

Au cours de la période néonatale, les causes de morbidité et de mortalité sont essentiellement les infections sévères et la pneumonie (21%), la prématurité et le faible poids à la naissance (32.4%) et les complications intra-partum (27%).

Le faible espacement des naissances est un important facteur de risque de mortalité des enfants, surtout pendant la période néonatale. Or, plus de trois femmes en âge de procréer sur quatre (76%) n'utilisent pas de méthodes contraceptives²⁰.

L'insuffisance de compétences ou de matériel pour apporter une assistance aux nouveau-nés avec difficultés respiratoires à la naissance aggrave la situation au Burkina Faso.

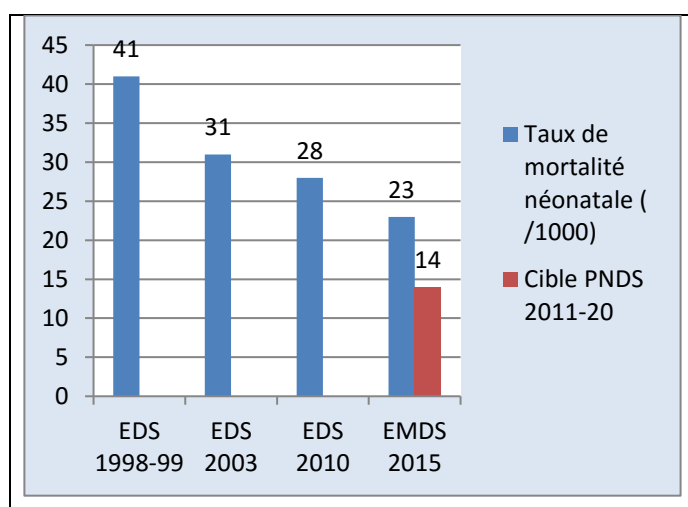


Figure 3 : Taux de mortalité néo-natale (/1000)

De 1999 à 2015, le taux de mortalité néo-natale est passé de 41 à 23 ‰. Le niveau de réduction du taux de mortalité néo-natale était de 43,1 %. Cependant, en 2015 ces progrès n'ont pas permis d'atteindre la cible fixée dans le PNDS 2011-20²¹.

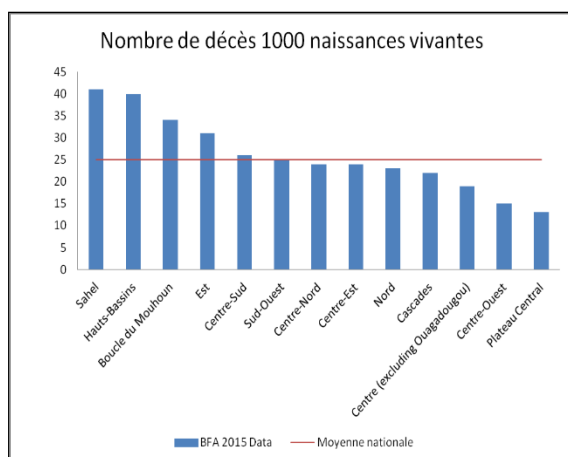


Figure 4 : Taux de mortalité Néonatale par région²²

Les régions du Sahel (41 ‰), des Hauts-Bassins (40 ‰), de la Boucle du Mouhoun (34 ‰) et de l'Est (31 ‰), affichent des taux de mortalité néo-natale très élevés, au-dessus de la moyenne nationale qui se situe à 25 pour 1000 naissances vivantes. Cette mortalité néo-natale est plus élevée dans les populations vivant en zone rurale (28 ‰).

Le taux de décès chez les populations défavorisées est 28 ‰ pour 25 ‰ dans la population la plus riche, soit 3 points de différence uniquement.

²⁰ EMC-MDS, 2015.

²¹ Enquête Démographique et de santé 1998-1999 Burkina Faso - Enquête Démographique et de santé 2003 – Burkina Faso
Enquête Démographique et de santé 2010 – Burkina Faso- Enquête Module Démographique et Santé (EMDS) 2015 – Burkina Faso

²² Source : Equist Octobre 2018 (Rapport Enquête EMC 2015 BF)

Le facteur d'iniquité le plus important concernant la mortalité néo-natale réside au niveau de la répartition géographique.

Les causes de la mortalité néo-natale

Au cours de la période néonatale, les causes de morbidité et de mortalité sont essentiellement les infections sévères et la pneumonie (21%), la prématurité et le faible poids à la naissance (32.4%) et les complications intra-partum (27%).

La malnutrition est associée à la mortalité néonatale. Le gain de poids insuffisant pendant la grossesse est associé avec risque de faible poids à la naissance de l'enfant.²³

Les carences en micronutriments sont liées à la mortalité et morbidité infantile et au retard de croissance intra-utérin²⁴⁻²⁵.

2.1.3. LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE

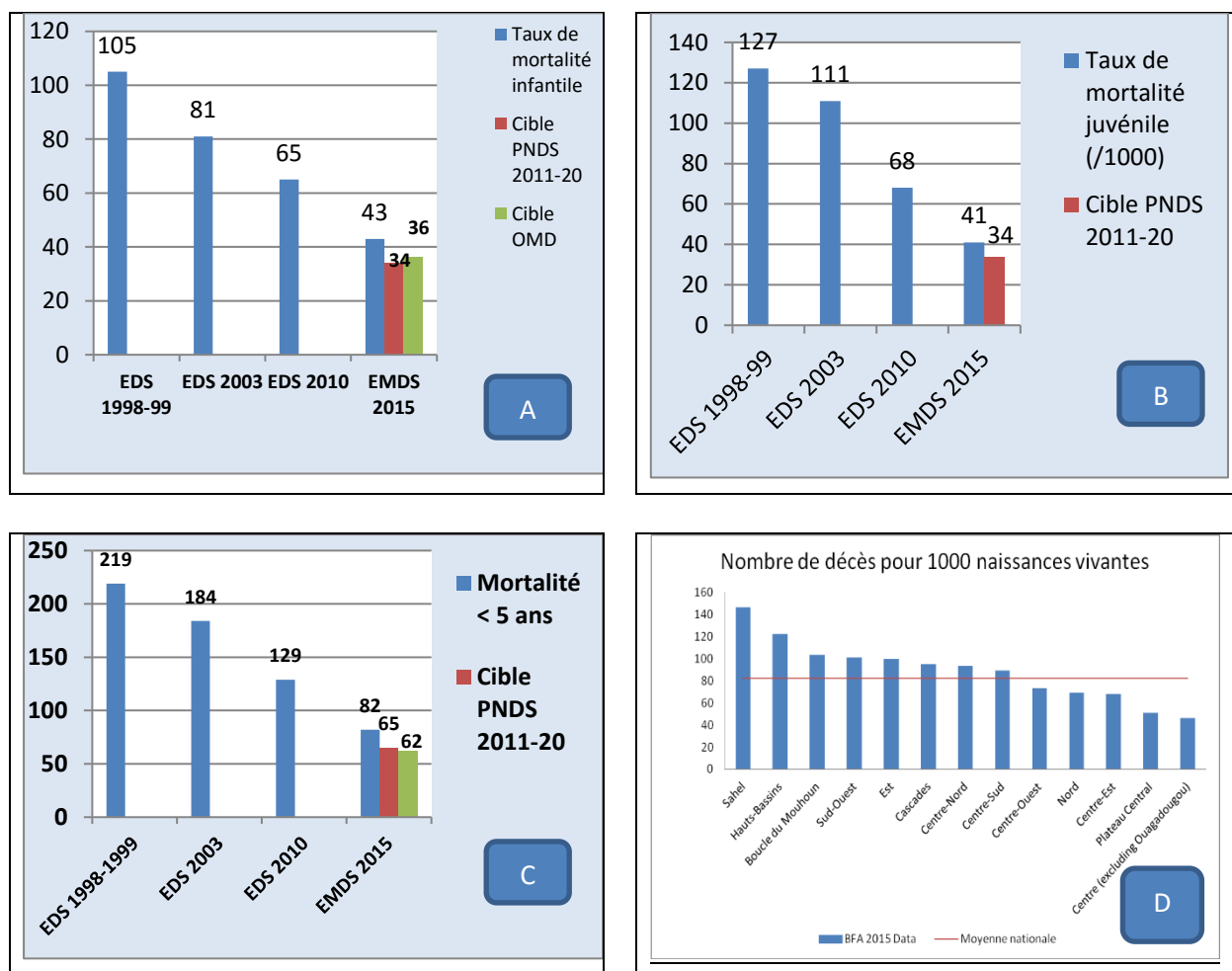


Figure 5 : Evolution de la mortalité infanto-juvénile

²³ Kominarek, M. A. & Peaceman, A. M. Gestational weight gain. Am. J. Obstet. Gynecol. 217, 642–651 (2017).

²⁴ Black, R. E. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low- income and middle-income countries. Lancet Lond. Engl. 382, 427–451 (2013).

²⁵ Arimond, M. et al. Simple Food Group Diversity Indicators Predict Micronutrient Adequacy of Women's Diets in 5 Diverse, Resource-Poor Settings. J. Nutr. 140, 2059S-2069S (2010).

De 1999 à 2015, le taux de mortalité infantile est passé de 105 à 43‰, le taux de mortalité juvénile de 127 à 41‰ et celui de la mortalité des < 5 ans de 219 à 82‰. La réduction des taux de mortalité a une allure linéaire avec 67,9 % pour le Taux de Mortalité juvénile, 62,7 % pour le Taux de mortalité des < 5 ans et 59,4% pour le Taux de mortalité infantile. Cependant la progression est insuffisante pour atteindre la cible (2015) du PNDS 2011-20, ou celle des OMD (EDS 1998-99, EDS 2003, EDS 2010, EMDS 2015).

La mortalité des moins de cinq ans est élevée dans les régions du sahel (146‰), Hauts-Bassins (122‰), Boucle du Mouhoun (103‰), Sud-Ouest (101‰), Est (100‰), cascades (95‰), Centre-Nord (93‰) et Centre-Sud (89‰).

Le taux de mortalité infanto-juvénile est plus élevé en milieu rural soit 97‰ contre 57‰ en milieu urbain.

Le taux de mortalité infanto-juvénile est beaucoup plus élevée dans la population la plus pauvre (103 ‰) que dans la population la plus riche (66‰).

Les facteurs d'iniquité concernant la mortalité infanto-juvénile touchent aussi bien la répartition géographique (région), la zone de résidence que le niveau socio-économique. Plus l'on retrouve dans le groupe le plus défavorisé, plus le taux de mortalité est élevé.

Les causes de la mortalité infanto-juvénile

La mortalité infanto-juvénile est due essentiellement au paludisme (23,8%), aux infections respiratoires aiguës (13,4%) et aux diarrhées (11,5%), aux causes néonatales (22.2%), à la rougeole (3%) et au VIH/ SIDA (0.7%)²⁶. Un tiers des décès survient sur un terrain de malnutrition²⁷.

2.1.4. LA SANTE DU JEUNE ENFANT

Il n'existe pas de programme national particulier visant la santé des enfants de 6 à 11 ans et le système de santé n'offre pas une réponse adéquate en quantité et en qualité aux besoins des adolescent(e)s en matière de santé.

L'exposition précoce des enfants âgés de 6 à 11 ans aux comportements à haut risque pour leur santé est sous-tendue par la faiblesse de leurs compétences de vie courante et les lacunes dans la chaîne de transmission des valeurs leur permettant de se prémunir contre les comportements à risques. Il est également à noter une insuffisante prise en compte des besoins spécifiques des enfants dans l'offre de santé, particulièrement ceux en situation de handicap. En outre, les soins et services de santé sont coûteux et leur disponibilité en termes d'horaires est inadaptée au contexte scolaire²⁸. La malnutrition des enfants de 6-11 ans est sous-tendue par trois principales causes sous-jacentes : (i) l'alimentation inadéquate ; (ii)

²⁶ Enquête Démographique et de santé 2010 – Burkina Faso-

²⁷Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. Lancet. 9 juin 2012;379(9832):2151-61.

²⁸Ministère de la Santé, 2008.

l'inexistence d'un environnement protecteur de l'enfant ; et (iii) la faible accessibilité des soins de santé et des infrastructures d'eau et d'assainissement.

2.1.5. LA SANTE DES ADOLESCENT(E)S/JEUNES

Si d'une manière générale, l'état de santé des populations est mal documenté par des enquêtes et ou par des publications récentes, la situation de la santé des adolescents/jeunes est particulièrement mal desservie.

La santé sexuelle et reproductive des adolescents/jeunes présente les caractéristiques suivantes :

Une activité sexuelle précoce

Le pourcentage des adolescents (9 – 14 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans va de 12 à 20,5% pour les filles et de 13,9 à 7 % pour les garçons. Le pourcentage des jeunes (20 – 24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans va de 10,3 à 21,5 % pour les filles et de 7,5 à 27,4 % pour les jeunes hommes (Tableau 2).

Une entrée précoce dans la vie féconde

Parmi la population des adolescentes, 23,2 à 25 % d'entre elles sont déjà entrées dans la vie féconde avec 17,4 à 20 % d'entre elles qui sont déjà mères d'un enfant et 4,9 à 5,8 % qui sont enceintes pour la première fois (Tableau 2). Avec de 27,8 à 29,2 % pour 11,3 à 14 %, l'entrée dans la vie féconde des adolescentes du monde rurale est encore plus précoce que celles des zones urbaines²⁹.

	Age	EDS 98-99 ³⁰		EDS 2003 ³¹		EDS 2010 ³²	
		F	M	F	M	F	M
1. Vie féconde		25%		23,2		23,6	
2. Pourcentage de femmes et d'hommes ayant des rapports sexuels avant 15 ans	15-19	12	7	20,5	13,6	15,1	13,9
	20-24	10,3	7,5	22,1	11,6	21,5	27,4
3. IST (12 derniers mois)	15-19	0,3	1,9	1,6	1,3	2,9	1,5
	20-24	0,5	2,9	2	0,6	3,4	1
4. Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	15-19			36,8	97,6		
	20-24			13,5	67,7		
5. Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports à haut risque	15-19			46,4	61,6	57,3	76,4
	20-24			67,4	71	73,6	74,2
6. Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	15-19	2,3	11,8			0,9	2
	20-24	0,4	16			0,9	11,5

La pratique de rapports sexuels à haut risque et non protégés

²⁹ EDS BURKINA 1998-99, EDS BURKINA 2003 et EDS BURKINA 2010

³⁰ Institut National de la Statistique et de la Démographie, et Macro International Inc. 2000. *Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso 1998-1999*. Calverton, Maryland (USA) : Macro International Inc.

³¹ Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ORC Macro. 2004. *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003*. Calverton, Maryland, USA : INSD et ORC Macro.

³² Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.

En 1999, le pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois étaient de 2,3 % pour les adolescentes et 11,8 % pour les adolescents et en 2010 ces proportions étaient respectivement de 0,9 et 2 %. Dans la population des jeunes (20-24 ans), ces proportions étaient respectivement de 0,4 % et 16 % en 1999 et de 0,9 et 11,5 % en 2010.

Parmi les 15 – 19 ans, le pourcentage des adolescents ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports à haut risque était de 46,4 % pour les filles et 61,6 % pour les garçons en 2003 et de 57,3 % et 76,4 % en 2010. Dans la population des 20-24 ans, ces proportions étaient respectivement de 67,4 % et 71 % en 2003 et 73,6% et 74,2 % en 2010.

En 2010, la proportion des rapports à risque mais protégés a légèrement progressé. Cette progression est un peu plus chez les garçons que chez les filles où on observe plus de 42 % de rapports sexuels à risque sans protection chez les 15-19 ans et 26 % chez les 20-24 ans.

Les IST et VIH-SIDA

La proportion des adolescents ayant déclaré avoir fait une IST au cours des derniers 12 mois précédents l'enquête était pour les filles et les garçons de 0,3 et 1,9 % en 1999, 1,6 et 1,3 % en 2003 et 2,9 et 1,5 % en 2010. La tendance est variable chez les adolescents, mais par contre elle est croissante chez les adolescentes.

En 2010, la prévalence du VIH/SIDA est de 0,1% pour les filles et 0,4% pour les garçons de 15-19 ans. Chez les 20-24 ans, elle était de 0,4 % pour les filles et de 0,5 % pour les garçons³³.

En effet, la tendance globale de l'infection au VIH est à la baisse chez les populations adultes, alors qu'elle est en hausse chez les adolescents(e)s : 0,9% chez les adultes de 19-49 ans et 1.33% chez les adolescents de 15-19 ans³⁴.

Grossesses non désirées et avortements clandestins

Les grossesses non désirées chez les adolescents et jeunes sont la conséquence d'une sexualité précoce, à risque non protégée et un taux d'utilisation bas de la contraception. Cette situation entraîne un enchaînement de problèmes dont l'avortement clandestin, l'infanticide, l'abandon scolaire et l'exclusion familiale.

En 2015, la prévalence contraceptive chez les 15-19 ans et de 12,6 et 21,6% chez les 20-24 ans³⁵. En 2012, environ 105 000 avortements ont été pratiqués au Burkina Faso et le taux national d'avortement était de 25 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

La problématique des grossesses non désirées est surtout préoccupante en milieu scolaire.

Au cours de l'année scolaire 2010-11, les DS de Ouahigouya et de Gaoua ont enregistré respectivement 119 et 276 cas de grossesses d'adolescentes dans les écoles. Dans le DS de Bobo, 27 cas de grossesses ont été notifiés dans une classe du CM2 durant l'année scolaire 2010-11³⁶.

³³ Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.

³⁴ Rapport ONUSIDA, 2014

³⁵ Enquête module démographie et santé, Burkina Faso. 2015

³⁶ Voir quelques exemples éloquentes présentés en ligne par un responsable du RAJS en suivant le lien : www.bayiri.com/societe/sciences-sante/grossesses-non-desirees-et-paternites-precoces-le-rajs-bf-lance-sa-campagne-talents-de-jeunes-2013.html.

En 2008, 65% des femmes qui avaient eu recours à l'avortement dans les deux années précédentes avaient entre 15 et 24 ans. Six femmes sur 10 qui ont avorté n'étaient pas mariées. Le recours à des méthodes d'avortement sûr reste très faible au Burkina Faso et il est presque inexistant chez les femmes des zones rurales où 97% des avortements sont à risque. En 2008, environ 23 000 femmes ont été traitées pour complications liées à un avortement et 15 000 femmes ayant connu des complications sévères n'ayant pas reçu les soins dont elles avaient besoin³⁷.

La malnutrition

Comme le reste de la population de nombreux adolescent(e)s souffrent de malnutrition : 23,7% des femmes de 15-19 ans souffrent de maigreur, soit une adolescente sur quatre³⁸. Les adolescentes de 15-19 ans ont un taux d'anémie de 62%³⁹.

Consommation d'alcool et tabac

Pour la consommation d'alcool, entre 2003 et 2005, 29,2% d'individus âgés de 15 ans et plus étaient des consommateurs d'alcool (39,7% d'hommes et 18,81% de femmes). En 2012, le pourcentage de jeunes filles et garçons dont l'âge est compris entre 13 et 15 ans, ayant couramment usé du tabac est respectivement de 11,5% et 22,6%.

Les déterminants sociaux proximaux

Les résultats d'une étude menée par l'OOAS en 2016 dans cinq pays de la CEDEAO sont alarmants⁴⁰.

« Les indicateurs classiques de l'état de santé de la population des adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO, à savoir la mortalité, la morbidité et le DALY, se situent à un niveau préoccupant. ... Les principales causes de mortalité chez les adolescents/jeunes sont (i) Complications de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes et jeunes filles, (ii) complications liées aux avortements à risque, (iii) Mortalité due au VIH, (iv) Mortalité due aux accidents de la route.

La plupart des adolescents et jeunes des pays de l'espace CEDEAO souffrent d'un manque crucial de bonnes et saines informations, et adoptent des comportements et un mode de vie néfastes à une bonne santé (rapports sexuels non protégés, sédentarité, consommation nocive d'alcool, de tabac et drogues, une mauvaise alimentation et surtout une addiction aux technologies de l'information et de la communication TIC). »

2.1.6. SITUATION DE LA NUTRITION

2.1.6.1. La Malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans

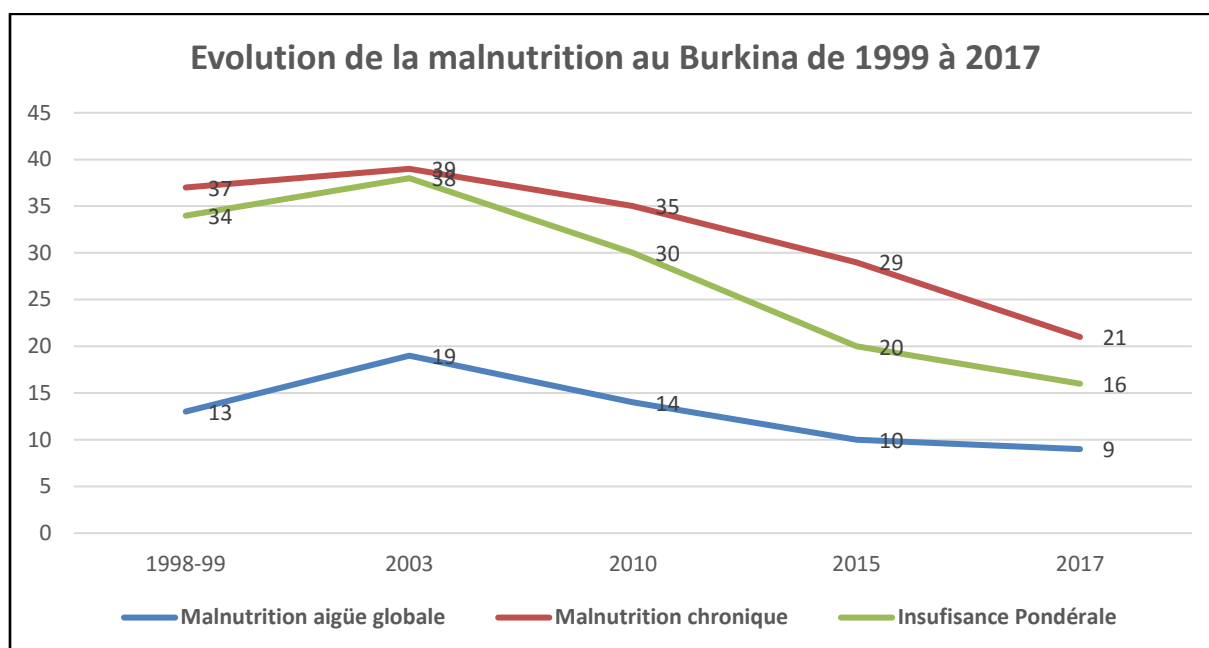
³⁷ Avortement au Burkina Faso. Guttmacher Institute. New York, Février 2014.

³⁸EDS, 2010.

³⁹ENIAB, 2014.

⁴⁰ *Guide d'orientation pour l'élaboration des stratégies nationales en matière d'offre de services de santé intégrés adaptés aux adolescent(e)s et jeunes dans les pays de l'espace CEDEAO*

L'analyse est faite sur la base de données provenant de sources différentes, ce qui pourrait poser un problème de comparabilité. Mais les différents résultats recourent de manière harmonieuse les données de l'OMS sur base d'estimations.



⁴¹ Figure 6 : Evolution de la malnutrition au Burkina Faso de 1999 à 2017

La tendance des indicateurs de la malnutrition (malnutrition aiguë, de la malnutrition chronique et insuffisance pondérale) est à la baisse.

De 1999 à 2017, la prévalence de la malnutrition chronique est passée de 39 à 21% soit une réduction de 43% et celle de l'insuffisance pondérale de 34 à 16% soit une réduction de 53%. Au cours de la même période la malnutrition aiguë a connu une baisse moins importante (31%) passant de 13 à 9%. Cependant, la malnutrition aiguë sévère atteignait encore une prévalence de 2% en 2017. Le faible poids à la naissance est aussi élevé. En effet, 13,2 % pesaient moins de 2,5 kg⁴². La prévalence des carences en micronutriments (vitamine A, iode, fer, etc.) restait également très élevée en 2014. L'anémie touche 83.4% des enfants de 6-59 mois et 89.1% des 6-23 mois. Quatre enfants de moins de 5 ans sur cinq sont anémiés entraînant des conséquences délétères sur les capacités intellectuelles, cognitives et aussi physiques⁴³. Sur les 697 000 naissances vivantes attendues en 2015, 410 000 et 123 000 sont insuffisamment protégées et non protégées contre la carence en iode, respectivement. Ces enfants sont à fort risque de subir un retard de développement mental et d'avoir une déficience mentale, entraînant des implications socio-économiques sur leur vie future. Avec une prévalence de 13,6% pour le Sahel et de 10 % pour les régions du Nord et de l'Est, ces 3 régions sont les plus touchées par la malnutrition aiguë (2017). Cette forte prévalence est en partie liée à la situation sécuritaire dans cette partie du pays.

⁴¹EDS Burkina Faso 1998-99, EDS Burkina Faso 2003, EDS – MICS Burkina Faso 2010, Evaluation Mi-Parcours du PNDS 2011-20 Burkina Faso. Rapport – Ministère de la santé publique 2016, Enquête nutritionnelle nationale SMART 2016

⁴² Enquête Multisectorielle Continue Phase I, composante santé de la population et des ménages, INSD, 2015

⁴³ENIAB, 2014.

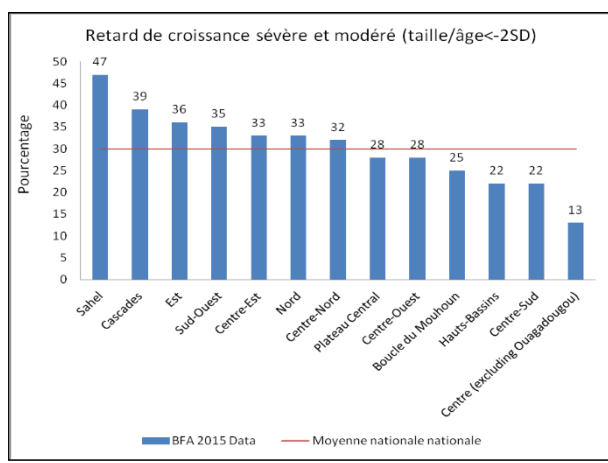


Figure 7a : Retard de croissance par Région

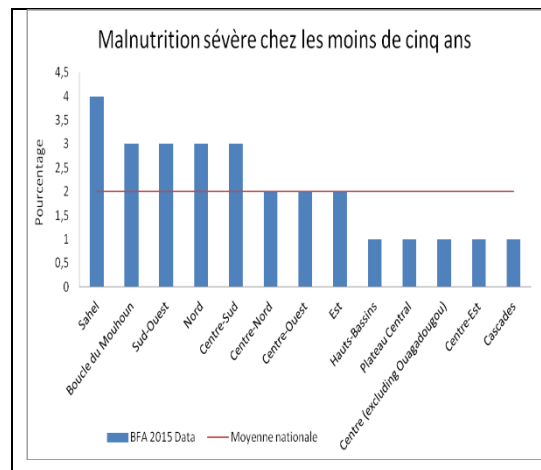


Figure 7b : Malnutrition aiguë sévère par Région

Les garçons, les enfants des ménages pauvres, ceux du milieu rural et ceux dont la mère n'est pas instruite sont les plus défavorisés en matière de survie.

Le retard de croissance est prédominant chez les plus pauvres⁴⁴.

Les régions du Sahel, des Cascades, du Sud-Ouest, de l'Est, du Centre-Est et du Nord sont les plus touchées en termes de prévalence du retard de croissance sur les trois dernières années.

2.1.6.2. Autres indicateurs de nutrition

Tableau 3 : Evolution d'autres indicateurs de nutrition

Type de Malnutrition	1988-89 (1)	2003 (2)	2010 (3)	2015 (4)	2017 (5)
1. Anémie chez les enfants de moins de 5 ans (%)		91,5	87,8		83,4
2. Anémie sévère chez les enfants de moins de 5 ans (%)		13	11,1		
3. Anémie modérée chez les enfants de moins de 5 ans (%)		59,9	58,5		
4. Femmes avec un IMC en-deçà du seuil critique (%)	13,3	20,8	15,7		
5. Femmes avec une maigreur sévère (%)		6,9	4,3		
6. Anémie chez la femme de 15-49 ans		53,7	48,8		
7. Anémie sévère chez la femme de 15-49 ans		1,1	1,1		
8. Anémie modérée chez la femme de 15-49 ans		14,7	14		

Sources : (1) EDS Burkina Faso 1998-99, (2) EDS Burkina Faso 2003, (3) EDS – MICS Burkina Faso 2010, (4) Evaluation Mi-Parcours du PNDS 2011-20 Burkina Faso. Rapport – Ministère de la santé publique 2016, (5) Enquête nutritionnelle nationale SMART 2016

La prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans reste élevée atteignant 92 % en 2003 et 88 % en 2010 et 83,4 % en 2017. Cette situation nutritionnelle chez les enfants est liée à un certain nombre de facteurs déterminants dont notamment (i) les mauvaises pratiques d'alimentation et faible accès aux soins prénatals pendant la grossesse, (ii) les mauvaises

⁴⁴ Analyse par l'Outil Equist sur Base de données DHS 2010

pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément, (iii) la précarité des soins apportés aux enfants, (iv) la persistance des maladies parasitaires et infectieuses, (v) l'insuffisance d'accès à l'eau potable, (vi) les mauvaises pratiques en matière d'hygiène notamment alimentaire et (vii) à certains pesanteurs socioculturelles.

La situation nutritionnelle des mères est caractérisée par une prévalence de la maigreur (IMC<18,5) de l'ordre de 16% (EDS 2010), une prévalence élevée de l'anémie chez les femmes enceintes (72,5%) et une carence en iode marquée chez les femmes enceintes avec une concentration d'iode urinaire médiane de 74µmg/l (Norme 150µmg/l) ⁴⁵.

Les causes immédiates des formes de malnutrition infanto-juvénile et maternelle résident dans un apport nutritionnel inadéquat et la présence de maladies qui interagissent entre eux créant un cycle vicieux d'aggravation des maladies et de dégradation progressive de l'état nutritionnel impactant la survie et le développement du jeune enfant.

2.2. CONTINUUM DE SERVICES EN SRMNEAN : PERFORMANCE ET GAPS

L'analyse des performances des interventions de SRMNEAN a permis d'identifier les insuffisances de couverture dans le domaine.

La couverture des interventions résulte d'une interdépendance entre des indicateurs dont la disponibilité des commodités, la disponibilité des ressources humaines, l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'acceptabilité socio-culturelle, l'utilisation initiale, la couverture adéquate (utilisation continue) et la couverture effective (prenant en compte la qualité du service offert). Par ailleurs, il faut relever que d'autres facteurs issus de l'environnement de la mise en œuvre interviennent également dans l'atteinte des résultats à savoir : les politiques et stratégies, les normes sociales, les conditions économiques, le système d'information, le leadership et la gouvernance.

Cette analyse de la performance sera faite à l'aide de l'outil EQUIST en prenant en compte les gaps de couverture des interventions à haut impact sur la mortalité des nouveau-nés, enfants de moins de cinq ans, des adolescents, des mères, de la nutrition.

2.2.1. LES SOINS PRENATALS (SPN)

2.2.1.1. Performances

Les résultats de l'enquête EDS/MICS 2010, montrent que 95 % des femmes ont reçu des soins prénatals au cours de leur grossesse. En 2016, la couverture nationale de CPN1 de 81 %, 70 % pour la CPN2 et 34 % pour la CPN4⁴⁶. Malgré les progrès observés, avec une hausse du taux de la CPN4 passant de 34,1% en 2015 à 38% en 2017, il y a un déficit de performance qui n'a pas permis d'atteindre la cible fixée de 45% (PNDS 2011-2020).

⁴⁵ ENIAB 2014

⁴⁶ Annuaire statistique 2016. Ministère de la Santé Publique. Burkina Faso

2.2.1.2. Gaps de performance et analyse de leurs causes

- **L'offre de services de soins prénatals est inégalement répartie entre les différents niveaux de soins et entre le secteur public et le secteur privé et entre les régions du pays⁴⁷**

En 2016, l'offre de soins prénatals est de 99% dans les formations sanitaires publiques et de 39% dans le secteur privé.

Les formations sanitaires du 1er échelon offrent le plus de services de CPN avec 90% contre 75% pour les CMA/Cliniques et 85% pour les hôpitaux/polycliniques

Par rapport à la moyenne nationale, la proportion des formations sanitaires qui offrent les services de CPN est plus faible dans les régions du Centre (59%) et des Hauts-Bassins (83%).

- **La capacité opérationnelle des services de soins prénatals est entravée par le manque d'un certain nombre d'éléments traceurs.**

La capacité opérationnelle des services de soins prénatals est évaluée sur base de la disponibilité de 10 éléments traceurs.

Au plan national, le score moyen de disponibilité des éléments indispensables pour les soins prénatals était de 65% en 2016 et moins de 1% des formations sanitaires disposaient de l'ensemble des éléments traceurs. La faible disponibilité du test d'hémoglobine (5%), de personnel formé (seulement 46 %) et des directives nationales (50 %) sont les éléments qui tirent vers le bas la capacité opérationnelle.

- **La faible utilisation continue de la CPN**

En 2016, la couverture nationale de CPN1 de 81 %, 70 % pour la CPN2 et 34 % pour la CPN4⁴⁸. En ce qui concerne le taux de couverture en CPN4, seules deux régions (Sud-ouest et les Cascades) ont atteint la cible de 45% fixée par le PNDS en 2017 et quatre régions (Boucle du Mouhoun, Cascades, Centre et Centre-Est) réalisaient une performance en dessous de la moyenne nationale.

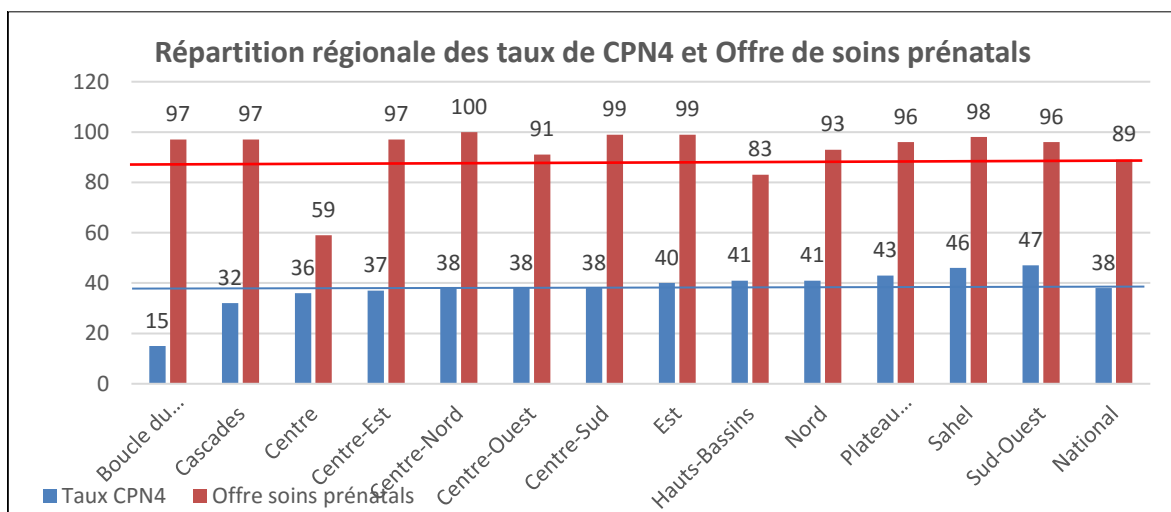


Figure 8 : Taux de couverture en CPN4 par région en 2017⁴⁹

⁴⁷ Enquête nationale sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé (SARA III) Edition 2016. Ministère de la Santé Publique-Burkina Faso

⁴⁸ Annuaire statistique 2016. Ministère de la Santé Publique. Burkina Faso

⁴⁹ Annuaire statistique 2017. Ministère de la Santé Publique. Burkina Faso

- **La pauvreté influence négativement l'accès et l'utilisation des services pendant la grossesse**

Environ deux personnes sur cinq parmi les pauvres contre trois sur cinq parmi les non pauvres peuvent être considérées comme utilisant de façon appropriée les services de santé pendant la grossesse. L'accès et l'utilisation des services laisse montraient une augmentation progressive du quintile le plus pauvre (Q1) au plus riche (Q5)⁵⁰.

- **La demande se heurte à un certain nombre d'obstacles**

- ✓ **Barrières géographiques**

Plus de 20% de la population parcourt au moins 10 km pour atteindre une formation sanitaire. Dans les régions de l'Est (47,2%) et du Sahel (46,2%), près de la moitié de la population habite à 10 km ou plus d'un centre de santé⁵¹. Avec le sous-secteur privé le Rayon moyen d'action théorique est de 6,1 en 2016⁵².

- ✓ **Barrières financières**

Dans le contexte de gratuité, des paiements directs ou indirects persistent : frais de transport,

- ✓ **Barrières socio-culturelles**

Faible capacité de la femme à prendre les décisions toute seule, influence de la famille, pratiques traditionnelles

Manque d'information sur la disponibilité et l'utilité des soins prénatals

- **La qualité des services prénatals est faible pour les motifs suivants :**

- ✓ Mauvais accueil

- ✓ Non-respect des Règles de bonnes pratiques

- ✓ Cadre physique ne respectant pas les normes en matière d'hygiène et assainissement

- ✓ Normes relatives à la Sécurité du patient souvent non respectées

- **Quelques gaps liés à l'environnement systémique et aux déterminants de la santé :**

Disponibilité des équipements, des outils de communication et des intrants, Diffusion et utilisation des directives, Pauvreté, Education.

- **Intégration limitée des composante nutrition dans les CPN**

Les SPN sont composés d'interventions nutritionnelles basées sur des évidences qui ne sont pas suffisamment exploités. 97% des femmes enceintes ont fait au moins une consultation prénatale (CPN), alors que seulement 66,7% de ces femmes seulement ont pris 90 comprimés de fer et acide folique ou plus, 62% ont reçu un counseling sur le gain de poids par les agents de santé, et 54% en counseling sur l'alimentation de leurs nouveau-nés⁵³.

- **La non disponibilité des directives opérationnelles pour la mise en œuvre effective des recommandations de l'OMS en 2016 sur les soins prénatals et adoptées par le pays en 2017**

⁵⁰ Analyse avec l'outil EQUIST (Année)

29 Marietou Niang et al., « Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso », Santé Publique 2015/3 (Vol. 27), p. 405-414.

⁵¹ Annuaire statistique MS 2017

⁵² Enquête SARA. 2016

⁵³ Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020), Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) at Université Ouaga I Pr Joseph Ki-Zerbo, 2017.

2.2.2. LES SOINS OBSTETRIKAUX ET NEONATAUX D'URGENCES

Les SONU repose sur 2 composantes, les SONUB et les SONUC.

L'analyse portera aussi sur deux autres interventions intimement liées aux SONU : L'assistance des accouchements par du personnel qualifié et les soins après avortement.

2.2.2.1. Performances des SONU

Le Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (%) est passé de 76 % en 2010 à 83,4 % en 2015 (Cible PNDS 2011-2020 = 85%).

Le Taux de césariennes parmi les naissances attendues (%) est passé de 1,6 % en 2010 à 2,4 % en 2015 (Cible PNDS 2011-2020 = 5%).

La proportion des naissances qui ont lieu dans les établissements offrant des SONU a légèrement augmenté, passant de 4,5% en 2010 et en 2014 à 6,4% en 2016. La proportion de complications obstétricales directes étaient reçues et traitées dans les établissements SONU était de 12,3% en 2010, 17,1% en 2014 et 15,3% en 2016.

Dans les structures sanitaires, le taux de mortalité maternelle intra hospitalière pour 100 000 parturientes a évolué en dents de scie : 109,9% en 2015, 135,49% en 2016%, et 119,3% en 2017⁵⁴.

Les progrès sont réels mais insuffisants pour atteindre la cible du PNDS 2011-2020.

2.2.2.2. Gaps de performance et leurs causes

a. Une couverture insuffisante en formations sanitaires offrant le paquet SONU.

La disponibilité des formations sanitaires offrant le paquet de SONU/ 500 000 habitants reste en deçà des normes (cinq structures offrant des SONU dont au moins une assurant des soins complets/500 000 habitants). Le nombre de formations sanitaires offrant des SONU était de 0,8 en 2010 et 0,9/500 000 habitants en 2016.

b. La disponibilité moyenne des SONUB est insuffisante pour la composante soins néonataux d'urgence et moyenne pour les soins obstétricaux d'urgence⁵⁵

La disponibilité moyenne des soins néonataux d'urgence était de 39 % en 2016.

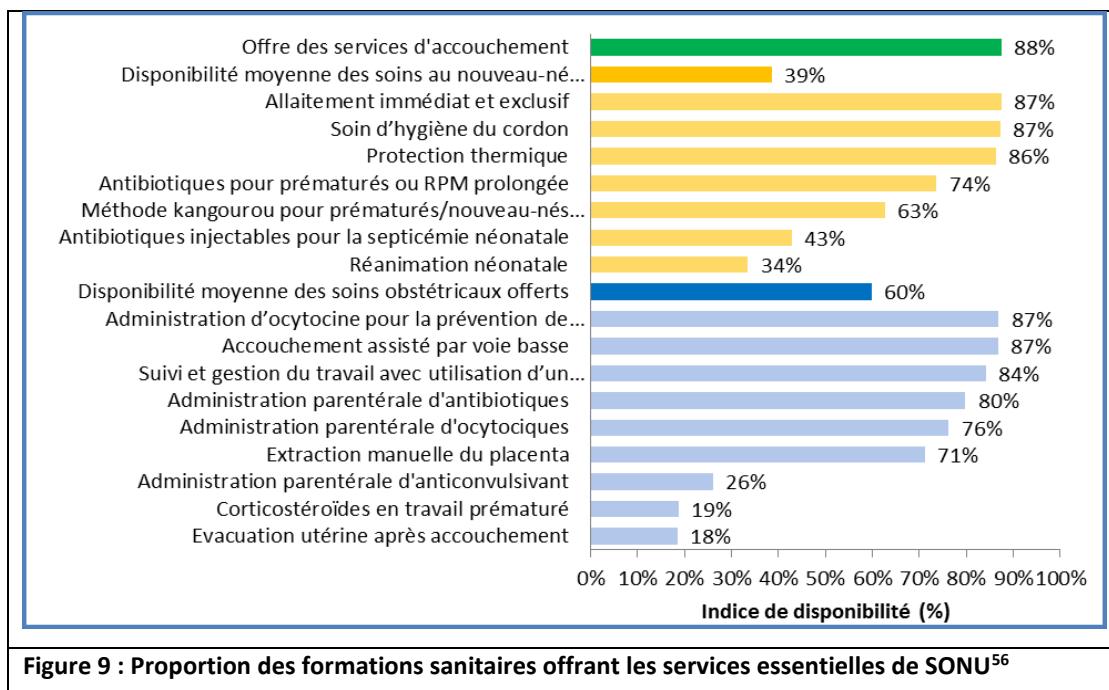
Si le pourcentage des établissements offrant l'allaitement immédiat et exclusif, les soins d'hygiène du cordon et la protection thermique dépassait 85%, il y avait encore respectivement 26% et 34% des établissements qui n'offraient des antibiotiques aux prématurés ou rupture prématurée des membranes prolongée et la méthode kangourou pour prématurées ou nouveaux nés.

Mais le déficit est particulièrement profond pour le pourcentage des établissements offrant des antibiotiques injectables pour la septicémie néonatale ne dépasse pas 43% et 34% pour la réanimation néonatale.

La disponibilité moyenne des soins obstétricaux était de 60 % en 2016, avec des proportions particulièrement basses pour les services relatifs à l'administration parentérale d'anticonvulsivants (26%), Corticostéroïdes en travail prématuré et l'évacuation utérine après accouchement (18%).

⁵⁴ Annuaire statistique 2017 . Ministère de la Santé. Burkina Faso

⁵⁵ Enquête SARA. 2016



c. *La capacité opérationnelle des établissements à fournir des SONUB nécessite des améliorations y compris dans leur distribution par régions.*

En termes, de capacité opérationnelle des établissements à fournir des SONUB (Disponibilité des 21 éléments traceurs), en moyenne moins de 1% pour l'ensemble des établissements de soins disposait de tous les éléments traceurs et en moyenne les formations sanitaires disposaient de 64% des 21 éléments.

d. *Le manque ou les ruptures de stock en intrants.*

Les gaps sont observés au niveau :

- Des directives et du personnel : directives (54%), personnel formé aux SONUB (53%).
- Des équipements : Lampes d'examen (59%), Appareil d'aspiration (36%), Matériel de stérilisation (21%), Ballons et masques (18%), Ventouse obstétricale manuelle (7%).
- Des médicaments et produits médicaux : Sulfate de Magnésium (38%)

En termes de répartition régionale, les formations sanitaires dans 7 régions n'atteignent pas la moyenne nationale : Centre, Centre-Ouest et hauts-Bassins avec 62%, Centre-Sud et Plateau Central avec 59%, Centre-Est et Cascades avec 57%.

Seuls 54% et 53% des établissements de santé remplissaient les critères par rapport aux éléments traceurs Directives et Personnel.

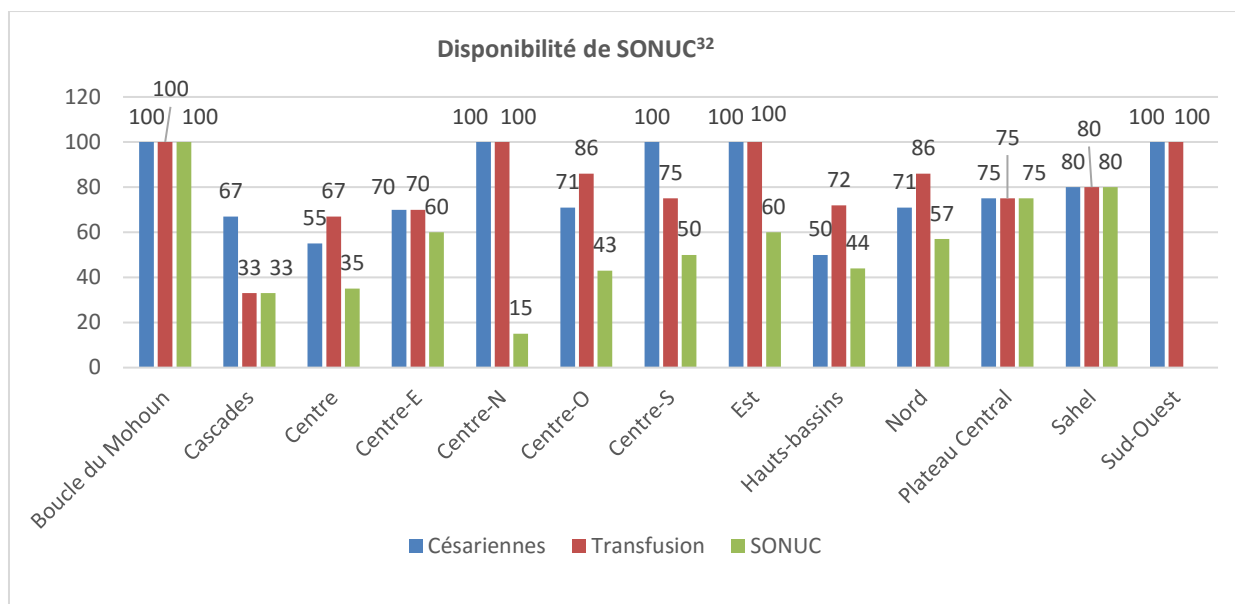
e. *La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de SONUC y compris la transfusion sont basses*

La disponibilité des services de SONUC⁵⁷ étaient en moyenne de 58% (80% des structures publiques et 28% des structures privées). Les écarts entre régions sont très grands allant

⁵⁶ Enquête nationale sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé (SARA III) Edition 2016

⁵⁷ Enquête nationale sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé (SARA III) Edition 2016

de 15% dans la région du Centre-Nord à 100% dans celle de la Boucle du Mouhoun. En termes de capacité opérationnelle des services (directives et personnel, équipement, capacité de diagnostic, médicaments et produits), seulement 57% des structures disposaient de l'ensemble des éléments en 2016. La proportion des CMA qui offrent des prestations SONUC était de 51% en 2016.



⁵⁸ Figure 10 : Disponibilité des SONUC par région

Soixante-seize (76) % des établissements de santé offraient des services de transfusion sanguine en 2016. Cette disponibilité varie de 33% dans la région des cascades à 100% dans les régions de la Boucle du Mouhoun, de l'Est, du Centre Nord et du Sud-Ouest.

En 2016, seulement 6% des établissements de santé disposaient de tous les éléments traceurs pour la transfusion sanguine (Personnel et directives, Equipement, Capacité de diagnostic, Médicaments et produits). Le score moyen de disponibilité est de 55% avec 2 régions défavorisées. Trente-un % des CMA et cliniques ne pouvaient pas réaliser la transfusion sanguine dans le cadre des SONUC. La satisfaction des besoins d'approvisionnement en sang est faible (30%).

f. La demande est bridée par

- Barrières géographiques (Rayon moyen d'action, disparité régionale)
- Barrières financières (paiements indirects malgré la gratuité y compris des produits sanguins, achat de médicaments non disponibles, du transport du domicile vers la FS)
- Information, non-connaissance
- Barrières socio-culturelles (pouvoir de décision de la femme limité, influence sur la décision du mari, belle-mère, ...)

2.2.3. ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR DU PERSONNEL QUALIFIE

2.2.3.1. Performance

⁵⁸ ENQUETE NATIONALE SUR LA DISPONIBILITE ET LA CAPACITE OPERATIONNELLE DES SERVICES DE SANTE (SARA III) Edition 2016. Ministère de la Santé Publique – Burkina Faso

La proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié est allée de 86,2% en 2014 à 83,9% en 2017. Cette proportion a connu un léger recul avec une inflexion de presque 6 points en 2016 (80,9 %). Entre 2005 et 2015, la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié a plus que doublé, passant de 37,7% à 83,4% entre 2005 (37,7%). La quasi-totalité des femmes qui ont accouché dans un établissement de santé ont bénéficié d'une assistance par un prestataire de santé formé (99,6 %).

Mais cette performance reste insuffisante par rapport à la cible de 85% d'accouchement assistés par du personnel qualifié (PNDS 2011-2020)⁵⁹.

2.2.3.2. Gaps de performance et leurs causes

a. Le manque ou l'insuffisance d'intrants :

- L'insuffisance du personnel qualifié, directement opérationnel dès la sortie des écoles de formation. La densité de professionnel de santé (7 professionnels de santé pour 10 000 habitants) est considérablement inférieure aux 23 travailleurs de la santé préconisés par l'OMS. Plus d'une femme sur dix accouche avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle. Les écarts entre régions sont considérables allant de 1,83 pour la Région du Nord à 12,22 pour 10 000 habitants pour la région du Centre.
- Insuffisance ou rupture de stock d'autres intrants : Directives, Matériel médicotechnique spécifique (Ventouse, forceps)

b. Une couverture insuffisante par rapport à la cible avec plus de la moitié des régions se situant sous la moyenne nationale.

- Six régions ont réalisé une performance en dessous de la moyenne : Est (83,54%), Centre Sud (82,50%), Centre Ouest (80,96%), Centre Nord (79,63%), Centre Est (78,29%), Centre (76,77%), Cascades (74,46%) et Boucle du Mouhoun (69,92%).

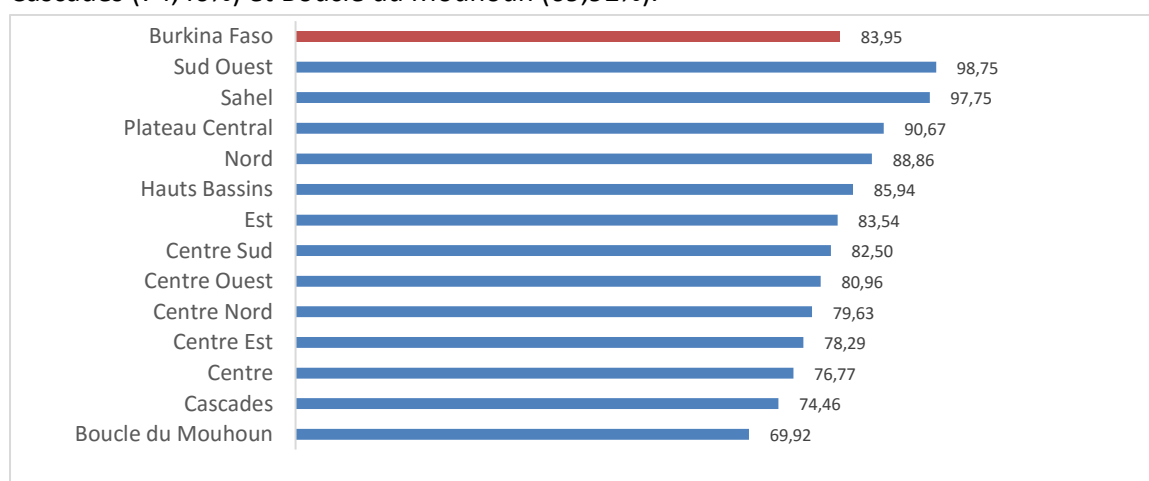


Figure 11: Taux d'accouchements assistés par région en 2017⁶⁰

c. Les conditions socio-économiques défavorables

⁵⁹ Annuaire statistiques 2014, 2015, 2016 et 2017. Ministère de la Santé Publique. Burkina Faso.

⁶⁰ Annuaire statistiques 2017. Ministère de la Santé Publique. Burkina Faso.

- Les femmes du milieu rural (62 %) et celles vivant dans un ménage classé dans le quintile le plus pauvre (47 %) sont celles dont l'accouchement s'est le plus fréquemment déroulé sans l'assistance de personnel de santé formé. Ce sont aussi ces femmes qui accouchent le plus fréquemment à la maison⁶¹.
- *La mise au sein précoce et la promotion de l'allaitement exclusif ne suivent pas cette performance en termes d'accouchements assisté par du personnel qualifié.*
En effet, 46,6%⁶² des enfants de 0-23mois mis au sein dans l'heure qui suit la naissance en 2016. En outre, 67% ont reçu de counseling sur l'alimentation de leurs nouveau-nés ou ont été observées par un agent de santé pour assurer une bonne technique d'allaitement, 59% des enfants ont été mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, et 40% des femmes qui venaient aux centres de santé pour une visite postnatale dans les 30jours après la naissance ont reçu une information sur l'allaitement ou ont été observées sur la technique correcte de l'allaitement⁶³.

2.2.4. SOINS APRES AVORTEMENT

1.1.4.1. Situation actuelle

En 2017, 41 000 avortements dont 120 thérapeutiques ont été notifiés par les formations sanitaires. Ces avortements représentent 37,9 p. 1000 grossesses attendues. Cette proportion était de 36,6 p.1000 en 2016 soit une hausse de 1,3 point. Les régions du Centre (58,9p. 1000), des Hauts Bassins (48,6 p. 1000) et des Cascades (48,4 p. 1000) enregistrent les plus forts taux d'avortement.

Le recours à des méthodes d'avortement sûr reste très faible au Burkina Faso et il est presque inexistant chez les femmes des zones rurales où 97% des avortements sont à risque.

En 2008, environ 23 000 femmes ont été traitées pour complications liées à un avortement et 15 000 femmes ayant connu des complications sévères n'ayant pas reçu les soins dont elles avaient besoin⁶⁴.

1.1.4.2. Gaps de performance et leurs causes

a. Insuffisance dans l'offre et la disponibilité des services de soins après avortement⁶⁵.

- Vingt-huit % des décès maternels dans les formations sanitaires sont causés par un avortement compliqué.
- Trente-trois % des formations sanitaires n'avaient pas réalisé d'extraction des produits résiduels dans les trois derniers mois précédent l'enquête par manque de formation, de fournitures et d'équipements.

b. Insuffisance ou rupture de stock d'intrants

- Les Manuels/Protocoles sur les SAA n'étaient disponibles que dans 49% des formations sanitaires.
- Disponibilité du matériel médico-technique : seringues d'aspiration,...

c. Insuffisance de compétences des prestataires

⁶¹ Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.

⁶² Enquête nationale nutritionnelle. Burkina Faso 2016

⁶³ Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020), Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) at Université Ouaga I Pr Joseph Ki-Zerbo, 2017.

⁶⁴ Avortement au Burkina Faso. Guttmacher Institute. New York, Février 2014.

⁶⁵ Enquête SONU-2013 et du CEFOP-2017

Seulement 0,3% des prestataires ont pu identifier l'ensemble des 9 traitements en cas de complications d'avortement incomplet ou à risque et seulement 5% ont pu identifier l'ensemble des six éléments d'information en SAA.

- Les Manuels/Protocoles sur les SAA n'étaient disponibles que dans 49% des formations sanitaires.
- Au plan des compétences des prestataires, seulement 0,3% des prestataires ont pu identifier l'ensemble des 9 traitements en cas de complications d'avortement incomplet ou à risque et seulement 5% ont pu identifier l'ensemble des six éléments d'information en SAA.

2.2.5. CONSULTATION POSTNATALE

La Consultation postnatale constitue une opportunité pour développer trois composantes que sont la vaccination, le suivi anthropométrique et la nutrition. Le volet nutritionnel couvre aussi bien les conseils alimentaires que les démonstrations culinaires.

2.2.5.1. Performance

Au cours de l'année 2017, 59,1% des femmes avaient bénéficié d'une consultation postnatale (CPoN) de la 6-8^{ème} jour, soit un recul de 3,9 points par rapport à 2016. Pour la CPoN de la 6-8^{ème} semaine, la proportion de femmes vues était de 46,3%, soit une hausse de 3,1 points par rapport à 2016.

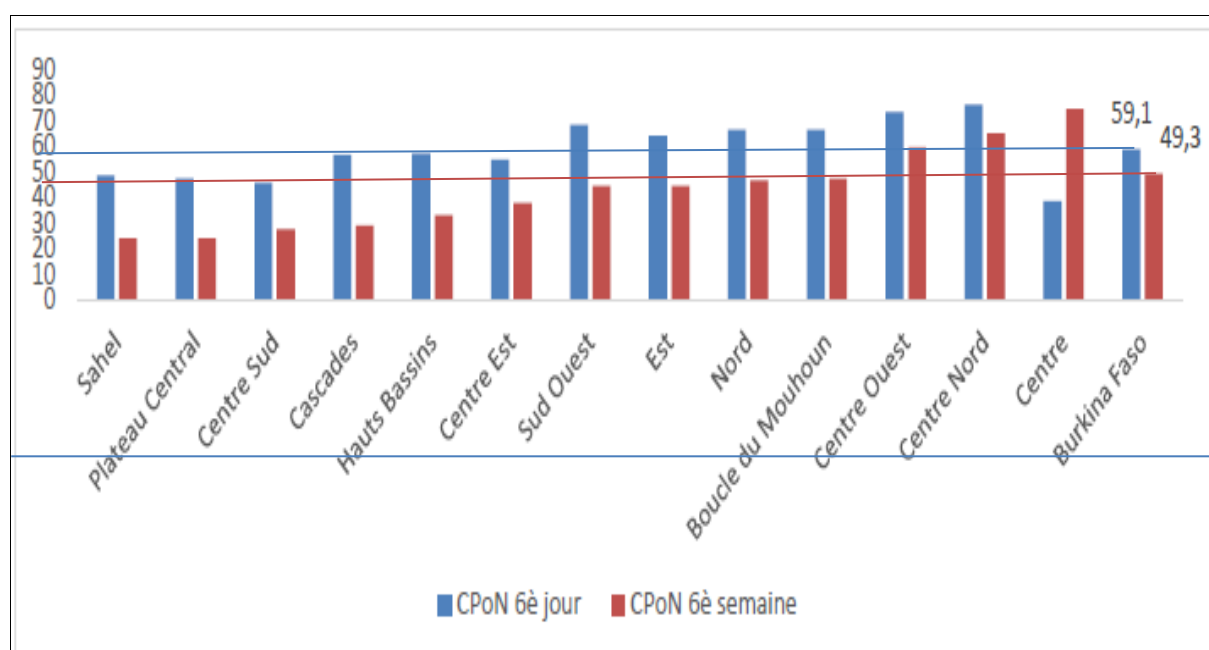


Figure 12 : Couverture CPoN1 et CPoN2 au niveau national et régional

2.2.5.2. Gap de performance et leurs causes

- a. Faible couverture au niveau nationale avec plusieurs régions dont la performance est en deçà de la moyenne nationale
- b. Une faible contribution du niveau hospitalier avec 20 % et 23 %.
- c. La faible disponibilité des directives de surveillance de la croissance (38 %) et des balances pour enfants (55 %) diminue les performances du suivi et de la promotion de la croissance des enfants⁶⁶.

⁶⁶ Enquête nationale sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé (SARA III) Edition 2016

- d. Les facteurs socio-culturels ont une influence sur la fréquentation des soins postnatals dans les délais. La femme du milieu rural, peu instruite et pauvre est la plus défavorisée.
- e. Intégration limitée de la promotion de l'allaitement exclusif
- f. La disponibilité et la fréquentation des services postnatals est inégalement répartie au niveau régional. La région du Sud-Ouest accuse la proportion la plus faible (48% contre un maximum de 91 % dans le Centre-Sud) de femmes qui ont reçu les soins postnatals dans les délais recommandés⁶⁷.

La demande est entravée par (i) des barrières géographiques (Rayon moyen d'action théorique,...), (ii) des barrières financières (Paiements indirects malgré la gratuité (Déplacements), (iii) Insuffisance de l'information, (iv) Barrières socio-culturelles (influence sur la décision du mari, belle-mère, ...)

2.2.6. LES CANCERS DE LA FEMME

Au Burkina Faso, les cancers du sein (13,39 %) et du col de l'utérus (12,46%) sont plus fréquents chez les adultes. Selon la même source l'incidence du cancer en 2012 était de 7760 cas de cancers dont 5012 chez les femmes. Des 7 760 cas 6 215 sont décédés, soit une mortalité de 80% en 2012 En 2015, l'incidence du cancer était de 8167 cas de cancers dont 5242 chez les femmes et le taux de mortalité se chiffrait à 70%⁶⁸.

Le cancer du col de l'utérus est l'un des cancers sexuellement transmissibles parce qu'il est dû dans près de 98% des cas à un virus appelé HPV, le virus papilloma humain. La disponibilité d'un vaccin efficace est susceptible de modifier la prise en charge de ce cancer.

2.2.7. PLANIFICATION FAMILIALE

Le plan national d'accélération de la planification familiale (PNAPF) 2017-2020 se fixe comme objectif de porter le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) de 22,5% en 2015 à 32% en 2020.

Pour améliorer l'offre de services PF, le gouvernement a pris (i) l'engagement de réduire de 50% les prix des contraceptifs, de consacrer une ligne budgétaire de 500 millions de francs CFA pour l'achat des produits contraceptifs et (iii) d'assurer la gratuité de la planification familiale.

2.2.7.1. Performance⁶⁹

En 2017, 1,3 millions d'utilisatrices de méthodes contraceptives ont été enregistrées, soit un taux d'utilisation de 27,5%. Ce taux en baisse par rapport à l'année 2016 (31,7%) pourrait s'expliquer par l'application effective de la définition « nouvelles et anciennes utilisatrices ».

⁶⁷ Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.

⁶⁸ GLOBOCAN 2012, *Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*

⁶⁹ *Annuaire statistique 2017. Ministère de la Santé . Burkina Faso.*

Les nouvelles utilisatrices enregistrées au cours de l'année 2017 sont au nombre de 424 000 contre 450 000 pour l'année 2016 ; soit une baisse de 6,1%.

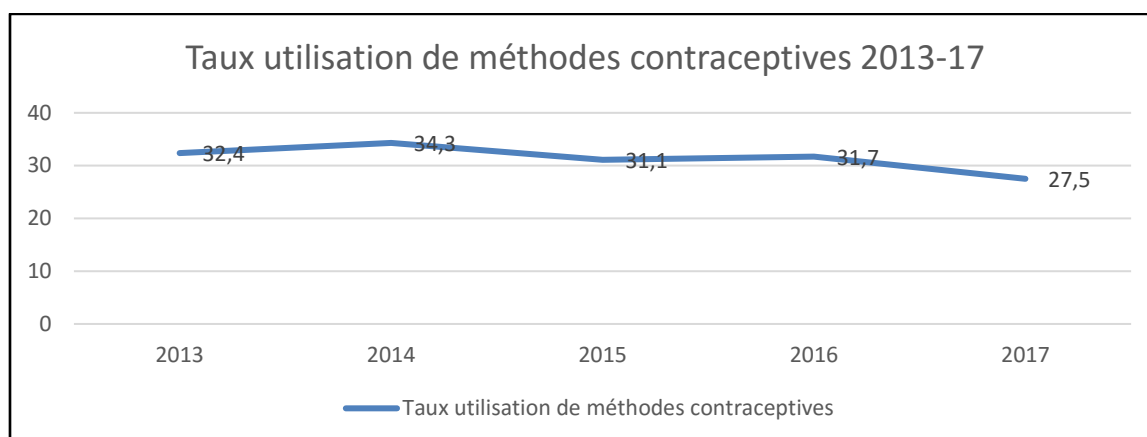


Figure 13 : Taux d'utilisation de méthodes contraceptives

Les méthodes les plus utilisées sont le *Depo-provéra* avec une proportion de 34,2% et la méthode *Jadelle* avec une proportion de 34,1%.

Les méthodes chirurgicales sont en hausse par rapport à 2016. En effet, il a été enregistré 317 ligatures des trompes contre 63 en 2016 et 37 vasectomies contre 03 en 2016.

En 2017, 1 311 000 couples années protection ont été comptabilisés.

De 2013 à 2017, cet indicateur a connu une hausse de 84,6% en passant de 710 000 à 1 311 000 couples années protection.

Même si la baisse du taux d'utilisation de méthodes contraceptives de 2017 (27,5%) en baisse par rapport à l'année 2016 (31,7%) pourrait s'expliquer par l'application effective de la définition « nouvelles et anciennes utilisatrices », la courbe n'affiche pas une progression nette.

2.2.7.2. Gaps de performances et leurs causes

- *La persistance d'une demande non satisfaite*

De 2003 à 2010, L'augmentation des connaissances des hommes et des femmes en matière planification familiale a connu une bonne progression en passant de 91,7% à 98% des femmes en union et de 95,6% à 99,5% des hommes en union qui ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive

Mais sur une demande de PF chez les femmes actuellement en union de 43,3%, seuls 22,5% des femmes en union utilisent des contraceptifs, ce qui signifie que 19,4% des femmes actuellement en union ont un besoin non satisfait en PF (EDS 2010).

- *Une offre et un accès aux Services en matière de PF avec encore des points faibles.*

Quatre-vingt-quinze pourcent (99.5%) des centres de santé publics offrent certains services de PF, mais seulement 30,1% des points de prestations disposent de toute la gamme complète de contraceptifs. Le secteur public joue un rôle important dans l'approvisionnement des femmes en méthodes de contraception (74% en 2010), principalement dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), avec un taux d'approvisionnement de 58 % pour l'ensemble des méthodes. Comme le graphique 10 l'indique, le secteur public fournit 97,3% des injectables, 97,8% des implants, 84,2% des pilules et 94,4% des stérilisations féminines

Toutefois, il ne fournit que 9% des condoms masculins. Cela demande un restockage plus fréquent et entraîne plus facilement des ruptures de stock. Pour les condoms masculins, les sources alternatives d'approvisionnement constituent le taux le plus élevé avec 51%.

- **La Sécurisation des produits contraceptifs de planification familiale est incomplète**
La demande totale en PF en 2015 est de 43,3% et seulement 55,3% de la demande est satisfaite⁷⁰.
- **La Capacité opérationnelle des services de PF sur base de 7 éléments traceurs est basse**
La Capacité opérationnelle des services de PF évaluée sur base de 7 éléments traceurs (Directives nationales en matière de PF, Personnel formé à la PF aux cours des deux années passées, Liste de contrôle ou autres aides à la PF, Tensiomètre, Pilules contraceptives orales combinées, Contraceptifs injectables, Préservatifs masculins) est basse et en baisse. La proportion des établissements de santé qui disposent de tous les sept (07) éléments est de 24% en 2016 contre 54% en 2014 et 51% en 2012. Cette baisse s'explique par la non disponibilité des directives dans plus de la moitié des formations sanitaires. Le score de disponibilité globale est de 81% contre 90% en 2014 et 88% en 2012⁷¹.
- **Une répartition inégale des performances au niveau des régions**
En 2017, le taux d'utilisation le plus élevé est observé dans le Sud-Ouest (34,7%) et le plus bas dans la région du Centre-Est (16,6%) soit une différence de 18,1 points. Six régions sur 13 (Centre-Est, Cascades, Centre, Sahel, Centre-Ouest, Hauts-Bassins) n'atteignent pas la moyenne nationale.

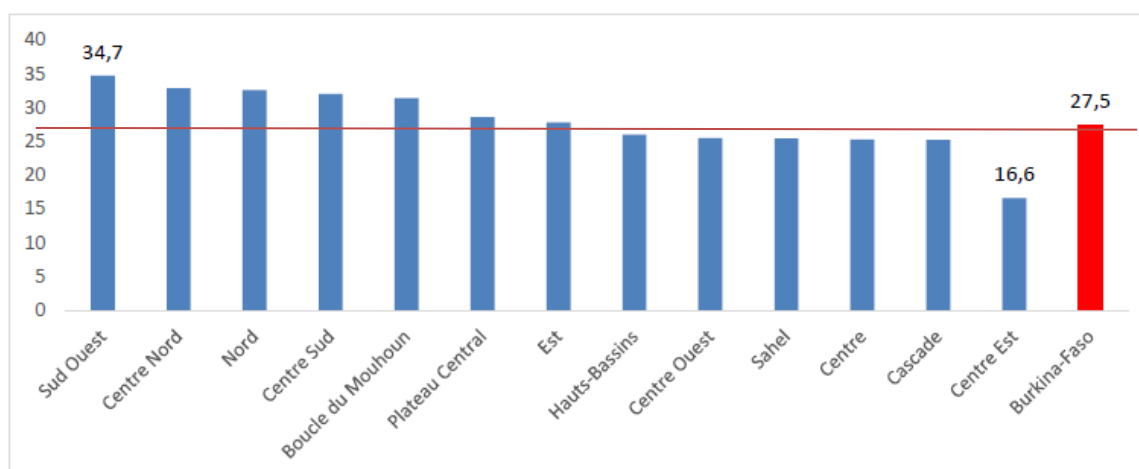


Figure 14 : Taux d'utilisation de méthodes contraceptives par Régions

- **Insuffisance ou rupture de stock en intrants** : Kits d'insertion et de retrait,...
- **Insuffisance de l'offre au niveau communautaire (délégation des tâches, auto-injection)**
- **La qualité des prestations souffre d'insuffisance au niveau de**
 - ✓ Respect des normes et protocoles
 - ✓ Sécurité du patient, gestion des déchets biomédicaux
 - ✓ Conditions de conservation et stockage des produits
- **La demande est entravée par**

⁷⁰ Ministère de la Santé, Projet de Rapport des Comptes de la Santé 2015. 2016. Copie dure

⁷¹ Enquête SARA 2016

- ✓ Insuffisance de l'information
- ✓ Accessibilité géographique (disparité régionale)
- ✓ Pesanteur des croyances socio-culturelles (Réticences des conjoints et belles-mères)
- ✓ Accessibilité financière (coûts indirects,)
- ✓ La faible implication de l'homme

2.2.8. ELIMINATION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

2.2.8.1. Performances

Entre 201 et 2017, les indicateurs de la PTME ont dans l'ensemble connu une progression qui va de 2 à 28 points.

Tableau n°4 : Evolution des indicateurs de la PTME de 2010 à 2016 au Burkina Faso

INDICATEURS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Proportion d'enfants ayant reçu le traitement ARV pour la prévention (%)	93	94	63	59	66	74	89	93
% de formations sanitaires offrant des services PTME	92	97	97	98	98	98	98	98
Taux de transmission résiduelle du VIH (TME) de la mère à l'enfant (%)	8	ND	6	6	5	6	8	6
% de femmes enceintes vues en CPN qui ont fait le dépistage	56	67	71	82	86	86	85	84
Proportion de femmes enceintes dépistées séropositives qui ont bénéficié d'un comptage de CD4 (%)	20	16	14	16	22	51	11	17
% de femmes enceintes séropositives à qui on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant	90	91	93	88	92	67	92	110

2.2.8.2. Gaps de performance et leurs causes

Les principales causes sont le manque de formation suffisante des prestataires en matière de PTME, la faible couverture de la CPN4, les insuffisances dans le dépistage, dans la qualité des soins offerts, le suivi du couple mère enfant, l'observance du traitement et dans le suivi/supervision des activités mises en œuvre dans le domaine de la PTME.

- *Des améliorations nécessaires au niveau des formations sanitaires offrant des services de CPN, porte d'entrée à l'ETME du VIH⁷²*
 - ✓ Au niveau de l'accessibilité, 42% de la population cible habitent dans un rayon qui dépasse 5 km autour d'une formation sanitaire offrant des services de CPN.
 - ✓ Soixante-neuf % des femmes enceintes ne viennent pas au premier trimestre de la grossesse, occasionnant un retard par rapport au dépistage et à la mise éventuelle sous traitement ARV.

⁷² Analyse à l'aide de l'outil EQUIST sur des données de ...

- ✓ Soixante-six% des femmes enceintes n'ont pas réalisé les 4 CPN. Ceci constitue une contrainte majeure pour le suivi des femmes enceintes séropositives.

Les causes sous-jacentes sont (i) les croyances socio culturelles qui n'autorisent pas certaines femmes à annoncer leur grossesse, (ii) l'insuffisance de connaissance sur les avantages de la CPN, (iii) l'influence du milieu familial (du mari, belle-mère) et l'insuffisance dans la mise en œuvre des interventions communautaires.

- *Des goulots d'étranglement à lever au niveau des formations sanitaires offrant des services de Planification familiale, porte d'entrée à l'ETME du VIH⁷³.*

- ✓ Trente-trois % des structures de santé qui offrent des services de PF ont connu des ruptures de stock en contraceptifs pendant les trois derniers mois.

- ✓ Soixante-seize % des femmes mariées et célibataires sexuellement actives (âgées de 15-49 ans) n'utilisent pas une méthode contraceptive.

Les causes liées à cette situation sont entre autres (i) l'insuffisance de compétences des acteurs en gestion de stock, (ii) la rupture des méthodes contraceptives au niveau DRD/CAMEG, (iii) le retard dans la livraison et (iv) la non mise à jour des outils de gestions.

- *Des goulots d'étranglement à lever au niveau du dépistage précoce⁷⁴*

- ✓ Au niveau de l'utilisation initiale, 47 % des nourrissons exposés n'ont pas été testés au VIH à l'âge de 12 mois.

- ✓ Au niveau de l'utilisation continue, 47 % des enfants n'ont pas été testés au cours des deux premiers mois de la naissance.

Les causes évoquées sont entre autres (i) l'insuffisance dans le suivi des enfants exposés, (ii) l'insuffisance de compétences des agents de santé pour réaliser les DBS, (iii) l'insuffisance de restitution des résultats de la PCR par les laboratoires de référence et (iv) le Paiement tardif des frais relatifs aux examens de laboratoires.

- *Des goulots d'étranglement à lever au niveau de l'offre des ARV maternels⁷⁵*

Au niveau de la demande vingt-huit % du nombre estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH n'ont pas été dépistées pour le VIH et 46 % des femmes enceintes vivant avec le VIH n'ont pas initié le traitement ARV.

En termes de qualité, 74% des enfants nés de mères VIH+ n'ont pas reçu la prophylaxie ARV à la naissance.

Les causes sont (i) les ruptures de stock d'intrants PTME surtout pour les intrants de dépistage, les ARV pédiatriques pour la prophylaxie des enfants nés de mères séropositives, (ii) les difficultés d'identification du statut sérologique des femmes VIH+ en salle d'accouchement, (iii) l'insuffisance dans le suivi du couple mère-enfant, (iv) toutes les femmes enceintes ne sont pas vues en CPN, (v) la faible proposition de réalisation du test de dépistage VIH en per/post partum et (vi) la faible adhésion des partenaires à la PTME.

Une couverture géographique qui montre des disparités au niveau régional

⁷³ Analyse à l'aide de l'outil EQUIST sur des données de ...

⁷⁴ Analyse à l'aide de l'outil EQUIST sur des données de ...

⁷⁵ Analyse à l'aide de l'outil EQUIST sur des données de ...

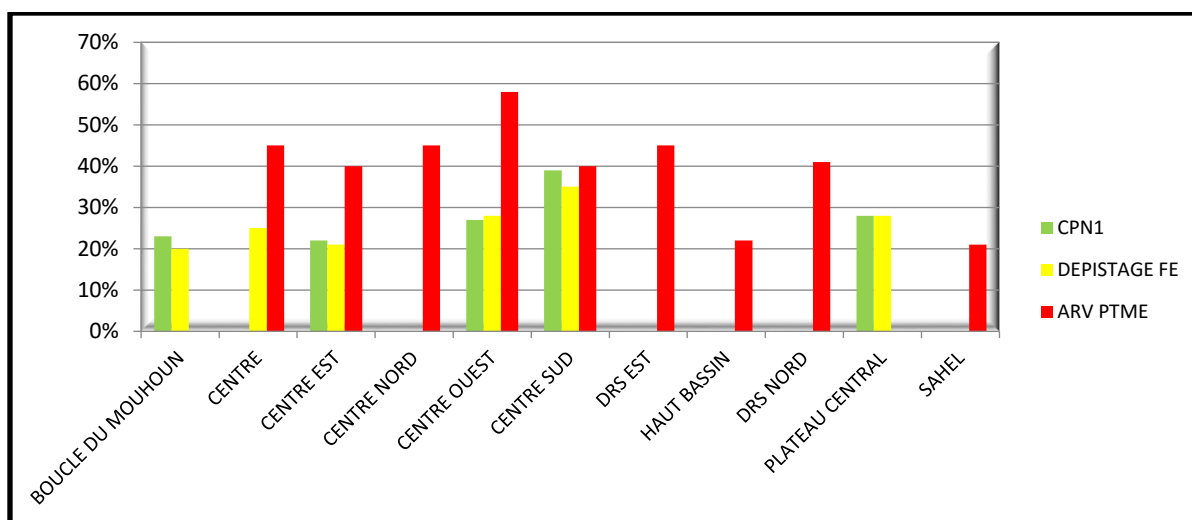


Figure 15 : Besoins non couverts selon les régions et selon l'intervention

- Neuf régions (Centre- Centre Est- Centre Nord- centre ouest-centre sud- DRS Est-Haut Bassin- DRS Nord- Sahel) ont les plus grands besoins non couverts entre 20% et 60% en matière d'offre des ARV pour le traitement de la mère et la prévention du VIH chez le bébé.
- Concernant le dépistage, 20% à 35% des besoins non couverts sont concentrés au niveau de 7 régions (Boucle du Mouhoun- Centre – Centre Est- Centre Ouest- Centre Sud – Plateau central).
- Pour la première consultation prénatale 5 régions (Boucle du Mouhoun-Centre Est- Centre Ouest- Centre Sud – Plateau central) représentent entre 22% à 35% de besoins non couverts.

2.2.9. CONSULTATION DU NOURRISSON SAIN (CNS) :

La CNS telle que décrite dans les politiques, normes et protocoles en santé de la reproduction (PNP/SR) du Burkina Faso est une opportunité réelle pour le suivi et promotion de la croissance en couvrant les interventions nutritionnelles basées sur les évidences : allaitement exclusif et alimentation de complément.

2.2.10. VACCINATION DES ENFANTS

2.2.10.1. Performances

Les couvertures vaccinales nationales sont passées de 99% à 107% pour le Pentavalent 3(DTC-Hep B-HiB), de 74% à 106% pour le PCV 3 et de 74% à 106% pour le Rota3. Le pourcentage de districts ayant un taux de Pentavalent 3 supérieur ou égal à 80% était de 98% en 2011, 100% en 2012, 100% en 2013, 100% en 2014 et 100% en 2015 (cible de 99%3).

Malgré ces très bonnes performances, l'approche « Atteindre chaque district (ACD) avec pour objectif l'atteinte d'une couverture d'au moins 80% de tous les Antigènes dans au moins 80% des districts (OMS) » n'est pas atteint.

Tableau 5 : Couvertures (%) vaccinales de 2013 à 2017⁷⁶

ANTIGÈNES	2013	2014	2015	2016	2017	Cible 2017
BCG	106	105,8	104,0	103,0	103,0	100
VPO 3	101	105,8	104,0	103,0	104,6	100
Penta 3	101	103,0	105,3	102,9	106,1	100
Pneumo1	-	103,1	105,3	103,0	108,4	100
Pneumo3	-	104,0	108,4	106,4	106,1	100
Rota1	-	88,7	104,5	102,8	102,8	100
Rota3	-	103,0	108,0	106,3	100,6	100
VAR1/RR1	100	99,7	104,2	102,8	101,0	100
VAR2/RR2	-	16,8	103,5	99,9	80,0	100
VAA	100	99,7	65,2	74,0	45,6	100
Men A	-	-	-	-	68,0	70
VAT2+	88	81,8	103,0	56,8	95,4	95
Taux d'abandon Penta1/Penta 3	3,3	3,4	5,2	3,2	3,3	≤ 5
Taux d'abandon BCG/VAR	12,8	12,7	13,6	10,1	13,6	≤ 12

2.2.10.2. Gaps de performances et leurs causes

a. Une couverture vaccinale incomplète

- La faible couverture vaccinale en VAA dans les districts qui ne dépasse pas 45,6% pour une cible de 100%.
- Une proportion encore élevée (16 %) d'enfants âgés de 12 à 23 mois qui ne bénéficient pas d'une protection complète contre les maladies évitables par la vaccination (poliomyélite, rougeole, fièvre jaune, diphtérie, coqueluche, méningite à Hib, hépatite virale B et infections à *Haemophilus influenzae*)⁷⁷.
- En 2017, seulement 13 districts sanitaires sur les 70 ont atteint une couverture d'au moins 95% pour les deux doses de VAR dans chaque district, nécessaire pour aller vers l'élimination de la Rougeole (OMS). EN 2016, seulement 9 avaient atteint cette performance.

b. La Gestion des approvisionnements en vaccins n'est pas satisfaisante avec des péremptions et rupture de stock

En 2015, 17% du stock national de vaccin Pentavalent périmé⁷⁸ et en 2017, rupture de stock de l'Antigène VAA ⁷⁹.

c. Les inégalités dans la distribution de la couverture vaccinale varient suivant les régions.

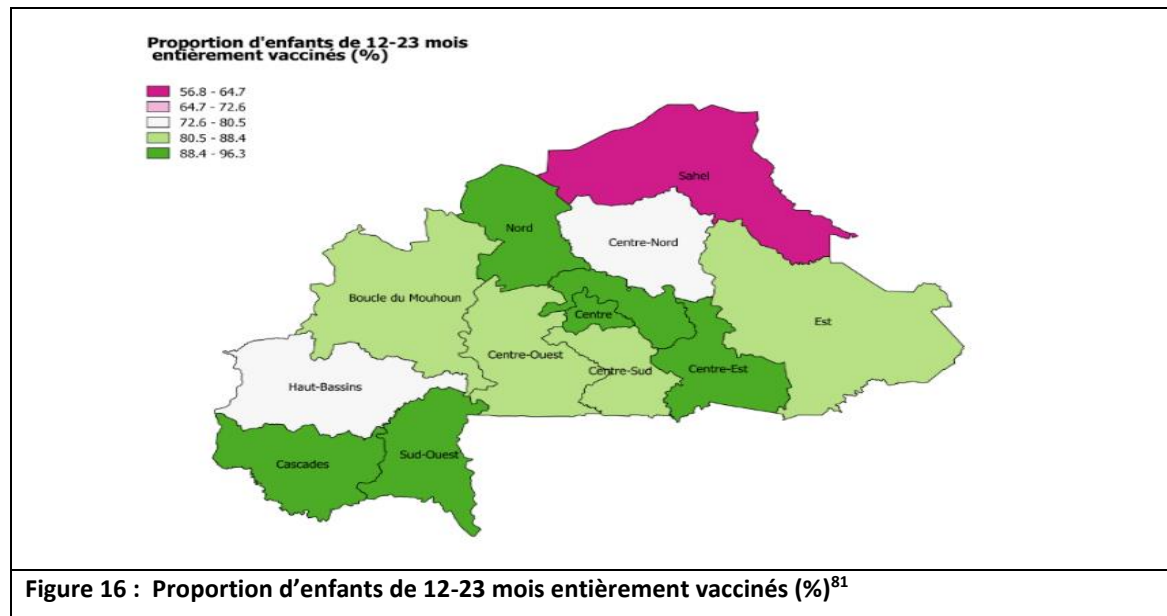
- #### d. La région du Sahel apparaît comme celle qui tire les indicateurs nationaux vers le bas avec une couverture de 67.9% de DTCoq-Heb Hib3 et seulement 56.8% d'enfants de 12-23 mois entièrement vaccinés, suivi des Hauts-Bassins et du Centre-Nord qui se rapprochent sensiblement de la moyenne nationale. Parmi les enfants âgés de 12 à 23 mois de la région

⁷⁶ Annuaire statistique 2017. Ministère de la Santé. Burkina Faso

⁷⁸ Rapport d'audit des programmes au Burkina Faso. Département Audit et Investigations de GAVI. Décembre 2015

⁷⁹ Annuaire statistique 2017. Ministère de la Santé. Burkina Faso

du Sahel, 43.2% ne sont pas complètement vaccinés et 5.6% n'ont reçu aucun vaccin⁸⁰. Les régions où la proportion d'enfants non-atteints est élevée sont celles des Hauts Bassins, du Plateau Central et du Sahel. Parmi les enfants n'ayant pas une vaccination complète, plus de 40% n'ont reçu aucune des trois vaccinations. L'efficacité actuelle des prestations nécessite des améliorations pour garantir la complétude des vaccinations réalisées.



2.2.11. PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)

2.2.11.1. Performance

La proportion d'enfants pris en charge est passée de 23.64% en 2014 à 58,5% en 2017. Ce taux est inférieur à la cible de 70% fixée par le PNDS 2011-2020.

Fin 2017, l'introduction du Registre électronique de consultation (REC) est effective dans 604 CSPS de 16 Districts sanitaires répartis dans quatre régions : Nord, Boucle du Mouhoun, Sahel et Est. A l'échelle du pays, il s'agit d'une couverture de 30%. En termes de résultats obtenus, on peut noter plus 180.000 consultations/mois et 1,5 million d'enfants vus représentant 7,5% de la population totale.

Le paquet complet de la PCIME communautaire et les soins du nouveau-né à domicile sont mis en œuvre dans 5 régions (Boucle du Mouhoun, Est, Sahel, Nord et Centre-nord) sanitaires soit 40% des districts sanitaires du pays.

Cette performance est insuffisante pour atteindre l'objectif de 75% d'enfants pris en charge selon l'approche PCIME en 2020 (PNDS 2011-2020).

La PCIME clinique ou communautaire telle que décrite par la PNP/SR est une opportunité réelle de promouvoir les interventions nutritionnelles basées sur les évidences : allaitement

⁸¹ Enquête Module Démographie et Santé 2015. Ministère de la Santé. Burkina Faso

exclusif et alimentation de complément. Le protocole PCIME intègre la promotion des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

2.2.11.2. Gaps de performances et leurs Causes

a. *La couverture de l'offre est insuffisante*

La couverture de l'offre est insuffisante avec 60% des districts non couverts pour la PCIME communautaire-PECADO et 70% pour la PCIME.

b. *Les activités sont ralenties par les fréquentes ruptures de stock en intrants (fiches de prise en charge, les livrets des tableaux, ...).*

c. *La qualité des activités de mise en œuvre de la PCIME est basse à cause de la faiblesse des activités de supervision.*

d. *Le financement insuffisant*

Faute de financement, les activités de suivi de la mise en œuvre de la PCIME y compris les autres stratégies de survie de l'enfant sont en souffrance dans huit régions : Hauts Bassins, Cascades, Centre-Ouest, Centre-Sud, Centre-Est, Plateau Central, Sud-Ouest.

e. *La performance de la PCIME communautaire et les soins du nouveau-né à domicile est ralentie par les ruptures fréquentes de stocks d'intrants (ACT, Cotrimoxazole, SRO, Zinc, Carte conseils, Cartes de la mère et du bébé, ...)*

f. *Intégration limitée de la promotion de l'ANJE à travers la PCIME*

g. *Non intégration de la section conseil à la mère qui est partie intégrante de la protocole PCIME dans le PCIME-REC.*

2.2.12. LE TRI EVALUATION ET TRAITEMENT DES URGENCES (TETU)

Dans le cadre du projet d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile juvénile, la stratégie TETU a été mise en œuvre dans les régions du Nord et du Centre-nord entre 2008-2012. Trois cent soixante-neuf agents de santé des CMA et CHR de ces régions ont été formés. En 2014, au moins deux agents de santé de neuf CHR ont bénéficié d'une formation.

2.2.12.1. Performance

Les enfants pris en charge selon l'approche TETU sont respectivement 46938 en 2016 et 75346 en 2017⁸².

2.2.12.2. Gaps de performances et leurs causes

La disponibilité insuffisante de personnel formé

En 2018, le rapport de suivi de routine montre qu'aucun CHR ne dispose d'agents formés sur les TETU et les compétences disponibles dans les CMA sont variables selon les régions.

La faible disponibilité des équipements et consommables nécessaires à la mise en œuvre.

2.2.13. LES INTERVENTIONS A HAUT IMPACT DE NUTRITION

⁸² Annuaire statistique 2017. Ministère de la Santé. Burkina Faso

Les interventions essentielles, ciblant la nutrition maternelle et la promotion de l'alimentation du Nourrisson et de jeune enfant sont (i) l'alimentation adéquate de la femme enceinte et de la femme allaitante, la surveillance de gain de poids et la supplémentation en fer et acide folique pendant la grossesse, le clampage différé du cordon ombilical, l'initiation à l'allaitement précoce, l'allaitement Maternel Exclusif, la supplémentation en Vitamine A des enfants de moins de 5 ans, le déparasitage des enfants moins de 5 ans, et l'alimentation de complément des enfants de 6-24 mois.

2.2.13.1. Performance

En rapport avec l'alimentation adéquate de la femme enceinte et de la femme allaitante, la couverture actuelle de la diversité alimentaire est de 20,3%⁸³.

La proportion d'enfants ayant consommé au moins 4 groupes d'aliments sur les 7 prévus (Diversité alimentaire) était croissante de 2013 à 2016 (9% en 2013, 13% en 2014, 17% en 2015 et 24% en 2016) avant de tomber à 18% en 2017.

La proportion 42% des enfants de 0-23 mois mis au sein dans l'heure suivant la naissance était de 46,6% en 2016. Elle était de 42% en 2010⁸⁴.

Le taux d'allaitement exclusif chez les enfants de 0 à 5 mois évolue en dents de scie entre 47% (2013), 50% (2014), 47% (2015), 55% (2016) et 48% (2017) avec une moyenne de 49%⁸⁵.

En 2017, la prévalence de la surcharge pondérale pour les enfants de moins de 5 ans était de 1,7% dont 1,1% de surpoids et 0,6% d'obésité. La prévalence de la surcharge pondérale était de 1,2% en 2016. Les écarts au niveau régional vont de 0,3% dans la région du Centre Ouest à 3,3% dans la région du Centre⁸⁶.

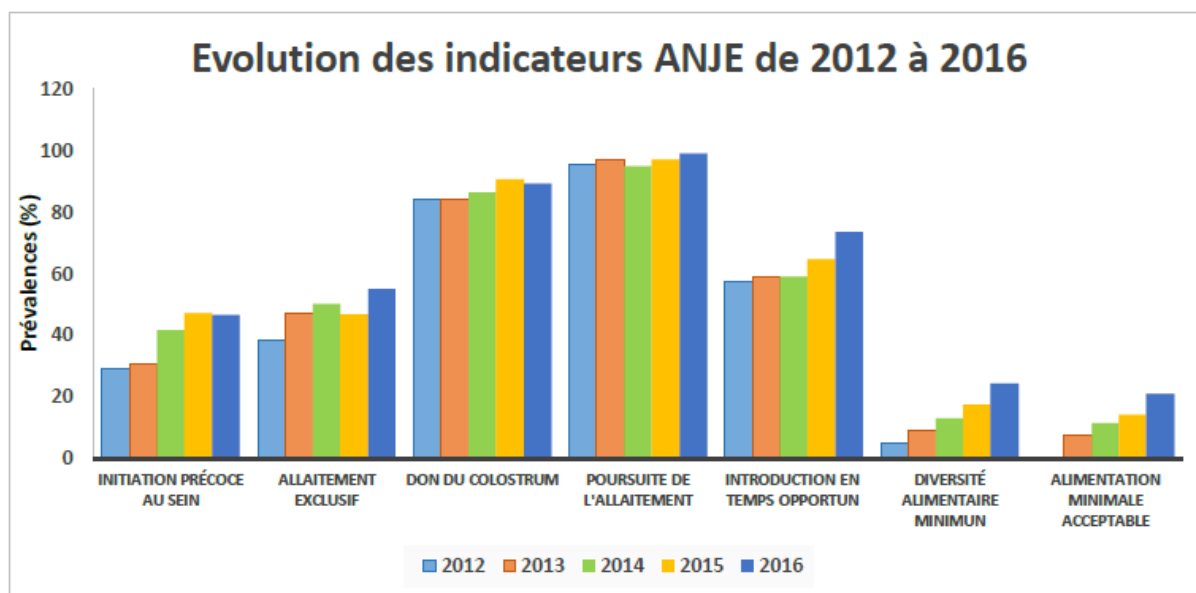


Figure 17 : Evolution des indicateurs ANJE de 2012 à 2016

2.2.13.2. Gaps de performances et leurs causes

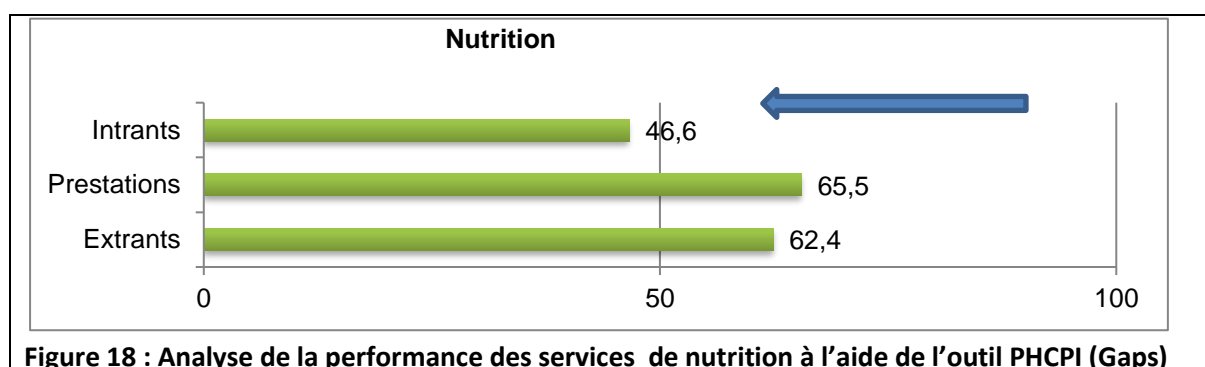
⁸³ Enquête nationale nutritionnelle. Burkina Faso 2017

⁸⁴ Enquête SMART 2016

⁸⁵ Enquêtes nutritionnelles nationales 2013 – 2017. Burkina Faso

⁸⁶ Enquête SMART 2017

- *L'offre du paquet de services ANJE est insuffisante en termes de complétude et continuité du paquet ANJE et souffre d'une répartition inégale sur le territoire national.*
 - ✓ Tout le paquet d'interventions de la stratégie ANJE n'est pas systématiquement mis en œuvre dans sa totalité.
 - ✓ Pour la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée, 10 régions ne sont pas couvertes de manière continue : Hauts-Bassins, Centre, Plateau Central, Centre-Est, Centre-Sud, Sud-Ouest, Centre-Ouest, Boucle du Mouhoun, Cascades et Centre-Nord.
 - ✓ Rupture de stock d'intrants : aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, Vitamines A, Fer, Acide folique, consommables, farines enrichies.
 - ✓ Faible disponibilité de personnel formé pour la mise en œuvre du Paquet ANJE et pour la prise en charge de la malnutrition aigüe et des complications
 - ✓ Insuffisance de supports et de certains documents de référence ou boîtes à images ;
 - ✓ Faible intégration effective des interventions nutritionnelles dans les soins SRMNEA dans les plateformes SRMNEA (SPN, Accouchement assisté, CPON, Consultation du Nourrisson Sain/suivi et promotion de la croissance, PCIM)E par les formations sanitaires malgré que la plupart sont déjà dans les PNP/SR.
 - ✓ Insuffisance dans le passage à échelle de la stratégie ANJE surtout au niveau communautaire.



- *La demande est entravée par un certain nombre de barrières*
 - ✓ Obstacle géographique (insuffisance des centres dans un rayon de 5 Km)
 - ✓ Barrières financières : paiements indirects, coût des déplacements
 - ✓ Information insuffisante sur la disponibilité et l'utilité des services ANJE
 - ✓ Faible accès à des aliments nutritifs transformés et accessibles localement pour soutenir l'ANJE
 - ✓ Barrières socio-culturelles : pouvoir de décision limité de la mère pour envoyer l'enfant, eau /tisanes de bienvenue au lieu de l'AME, Rejet du colostrum, exclusion de certains aliments (Œuf)
 - ✓ Taux d'abandon élevé de la Prise en charge de la MAG
 - ✓ Les niveaux faibles de couverture faible en CPN4 (38%) et autres plateformes SRMNEA (Accouchement assisté, CNS/vaccination, PCIME) , des soins du nouveau-né à domicile et des GASPA, constituent autant d'opportunités manquées de promotion et que la promotion de la nutrition ne suit même pas ces niveaux actuels de couverture.

- *L'offre de services ANJE est de qualité insuffisante*
 - ✓ Les guides de protocoles, ordigramme, manquent souvent et ne sont pas toujours suivis lorsqu'ils sont disponibles ;
 - ✓ Besoins de mise en œuvre d'un mécanisme de supervision formative et motivante pour améliorer la qualité et l'intégration dans les plateformes SRMNEA ;
 - ✓ Les Groupes communautaires ne respectent pas le nombre fixé par les normes, ce qui affecte la qualité.
- *Quelques goulots d'étranglement observés au niveau de l'environnement de la mise en œuvre du paquet ANJE*
 - ✓ Insuffisance de financement des interventions de la part de l'état
 - ✓ Insuffisance de la coordination intra et intersectorielle
 - ✓ Non-respect du code de commercialisation des substituts du lait maternel
 - ✓ Fonctionnement non optimal du Conseil national de nutrition (pas de groupes thématiques multisectoriel (EF).

2.2.14. INTERVENTIONS EN FAVEUR DE LA SANTE DU JEUNE ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE.

Pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, le pays a mis en place un cadre stratégique et opérationnel, créé un service dédié au sein de la Direction de la Santé Familiale et développé un plaidoyer actif pour la mobilisation de ressources.

2.2.14.1. Performances/réalisations

- Mise en place du cadre institutionnel, stratégique et opérationnel avec la création d'un service dédié, l'élaboration de documents de stratégie et de plans opérationnels.
- Les activités de promotion des bonnes pratiques, comportements et attitudes au sein des adolescents et des jeunes particulièrement dans le domaine du VIH et de la planification familiale.
- La surveillance des grossesses non désirées en milieu scolaire et la mise en place de clubs SRAJ dans les écoles et des espaces dénommés espaces sûrs pour la promotion d'une vie sexuelle et reproductive saine.
- La mise en place d'une plateforme interactive sur internet dénommée QG jeunes. Cette plateforme intègre d'autres thématiques notamment la gestion de l'environnement, la prévention et la gestion des conflits.

2.2.14.2. Gaps de performances et leurs causes

- *L'offre de services ciblant la santé reproductive, des adolescents et des jeunes reste insuffisante.*
 - ✓ La disponibilité d'infrastructures et d'équipements pour l'offre de services de santé répondant aux besoins des adolescents et des jeunes dans les centres jeunes, Formations Sanitaires et infirmeries scolaires est insuffisante ;

- ✓ La qualité des services offerts aux adolescents/jeunes liée à l'insuffisance de compétences du personnel en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.
- ✓ La disponibilité de personnel compétent pour l'offre de services en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes est faible
- ✓ Les financements pour l'opérationnalisation des plans relatifs à la SSRAJ sont limités et insuffisants.
- ✓ L'insuffisance faible qualité des services offerts aux adolescents et aux jeunes liée à l'insuffisance de compétences du personnel en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.
- *Les barrières géographiques, financières et socio-culturelles entravent l'accessibilité et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.*
 - ✓ L'accessibilité géographique des jeunes aux services de SSRAJ reste faible du fait notamment du rayon moyen d'action théorique élevé (6,4 Km).
 - ✓ L'accessibilité financière des adolescents et des jeunes aux services de santé est entravée par les paiements directs et indirects des services, le faible pouvoir d'achats des adolescents et même des jeunes entre une forte dépendance financière des adolescents et jeunes vis-à-vis des parents et autres tuteurs, la compétition sur des ressources déjà très limitée par d'autres besoins « prioritaires » (Smartphone, vêtements de marque, moto, produits de beauté et autres produits illicites).
 - ✓ Une information limitée sur les risques liés à certains comportements et pratiques et la disponibilité d'une offre de services.
 - ✓ Les barrières socio-culturelles (mariage des enfants, sexualité tabou, effritement des relations sociales, séparation, démission ou désengagement des parents, monoparentalité, concubinage, adoption, responsabilisation précoce des enfants, violences sexuelles, physiques et psychologiques.
- *L'exposition précoce des adolescents et jeunes à des pratiques et comportement à risques (tabagisme, sexualité précoce, substances illicites) à travers les médias, les bandes d'adolescents et jeunes,*
- *La coordination insuffisante des acteurs*
 - ✓ Plusieurs acteurs (PTF, ONG et Associations) interviennent en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes mais ces interventions sont disparates et très peu coordonnées. Une mutualisation des efforts ainsi qu'un partage d'expérience sont nécessaires. Les cadres de concertations planifiés dans le plan stratégique santé des adolescents et des jeunes n'ont pas encore connu de financement.

2.3. ENVIRONNEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PAQUET SRMNEA-N et ECSV

L'analyse de l'environnement de la mise en œuvre du paquet SRMNEA-N et ECSV portera sur l'appui du Système de santé (ressources humaines, la disponibilité et utilisation des services de santé, le financement, l'information sanitaire, la gouvernance, les prestations de services) et sur les déterminants de la santé.

2.3.1. LA DISPONIBILITE ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

Les éléments d'appréciation de la disponibilité des services de santé portent sur les infrastructures sanitaires, les équipements et les ressources humaines. L'utilisation des services de santé est appréciée à travers la fréquentation des formations sanitaires par la population (exemples consultations externes, hospitalisation...).

2.3.1.1. RESSOURCES HUMAINES

Performances

En 2017, l'effectif se chiffrait à 23 000 personnels de santé. Au cours des 5 dernières années, exception faite de la catégorie Infirmiers brevetés qui a connu un taux d'accroissement moyen annuel (TAMA) de -6%, toutes les autres catégories ont connu un TAMA positif évoluant entre 3% pour les Pharmaciens à 20% pour les sages-femmes/maïeuticiens d'état.

La densité de professionnel de santé (7 professionnels de santé pour 10 000 habitants) est considérablement inférieure aux 23 travailleurs de la santé préconisés par l'OMS.

Les écarts entre régions sont considérables allant de 1,83 pour la Région du Nord à 12,22 pour 10 000 habitants pour la région du Centre.

Gaps de performances

- Les effectifs du personnel de santé restent insuffisants
Malgré les progrès, les effectifs du personnel de santé restent insuffisants par rapport aux normes OMS et sont inégalement répartis sur le territoire national.

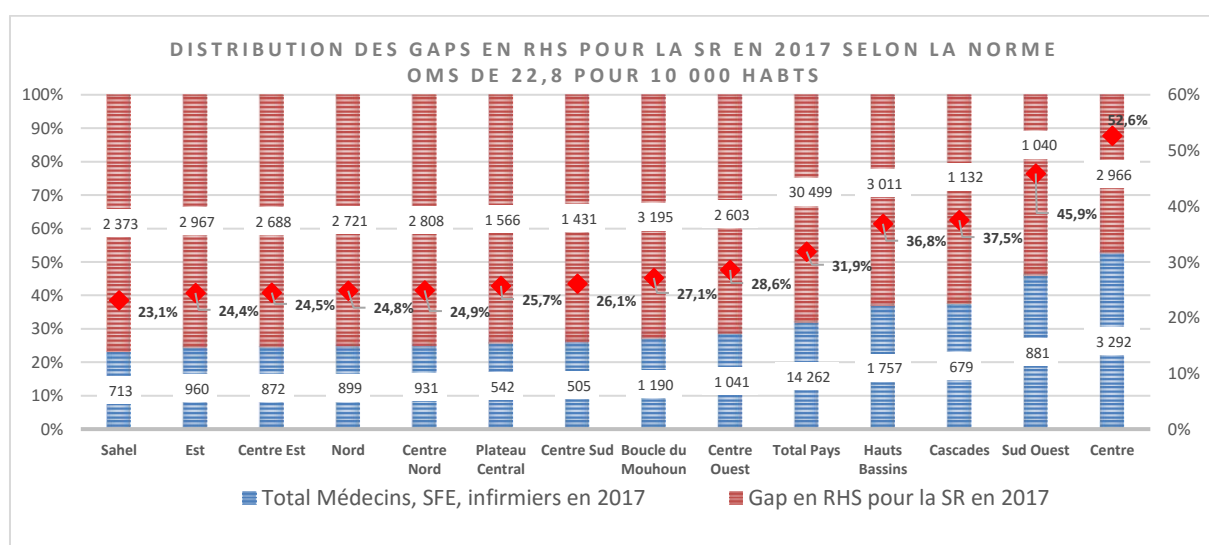


Figure 19 : Distribution des gaps en RHS (Normes OMS) par région

La figure suivante montre que la région du Centre a atteint une couverture de 52,6% en RHS SR (pour une moyenne nationale de 31,6%). Les régions du Sahel, de l'Est et du Centre Est ont les plus faibles niveaux de couverture respectivement de 23,1%, de 24,4% et 24,5%

- La disponibilité du personnel compétent, directement opérationnel dès la sortie des écoles de formation et motivé est faible.
- Certaines interventions du paquet de la SRMNEA-N et ECSV manquent particulièrement de prestataires formés : SONU, PF, PTME, PCIME, TETU

2.3.1.2. DISPONIBILITE DES INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS SANITAIRES

Performances

En 2016, la densité d'établissements de soins s'est légèrement améliorée passant de 1,24 pour 10 000 habitants à 1.39 en 2016. La plus forte densité est observée dans la région du Plateau Central (1.83) et la plus faible au Sahel (0,89) en 2016.

La valeur de cet indicateur reste inférieure à la norme de l'OMS qui est de 2 établissements de santé pour 10 000 habitants.

Le Rayon moyen d'action théorique (en Km sans le privé) est passé de 7 en 2013 à 6,5 en 2017. Plus de 20% de la population parcourt au moins 10 km pour atteindre une formation sanitaire. Dans les régions de l'Est (47,2%) et du Sahel (46,2%), près de la moitié de la population habite à 10 km ou plus d'un centre de santé⁸⁷. Avec le sous-secteur privé le Rayon moyen d'action théorique est de 6,1 en 2016⁸⁸.

En 2016, la densité des lits généraux est de 11 lits pour l'accueil de 10 000 habitants et celle des lits de maternité est de 9 lits pour 1 000 femmes enceintes. Ces valeurs sont en deçà de la norme de l'OMS qui est de 25 lits généraux/10 000 habitants et de 10 lits de maternité/1 000 femmes enceintes.

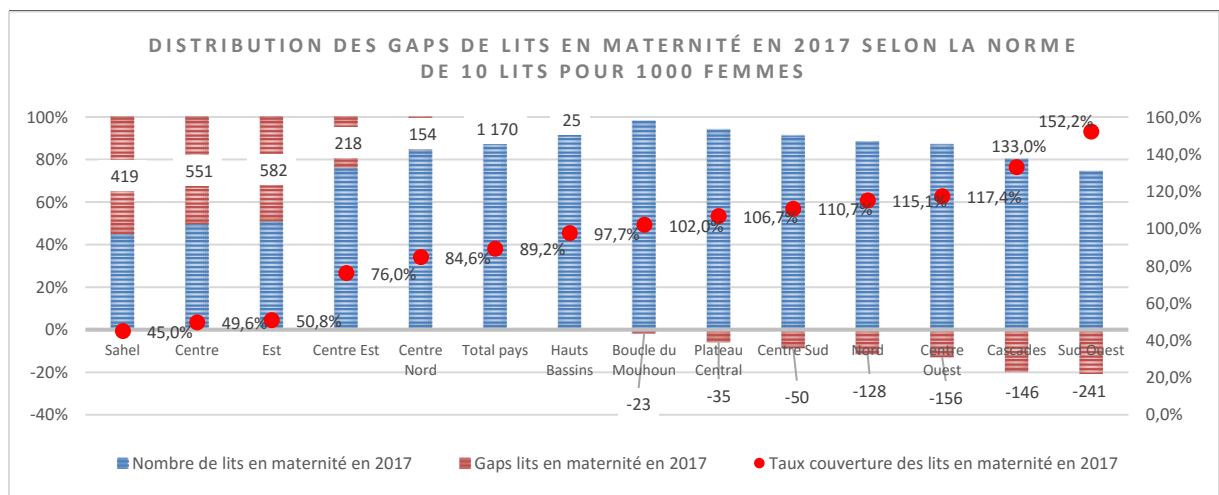


Figure 20 : Distribution des gaps de lits de maternité (Normes OMS) par région

Au niveau régional, la région des Cascades enregistre la plus forte densité avec 14 lits généraux/10 000 habitants, tandis que la plus faible est observée au niveau de la région du Centre avec 7 lits/10 000 habitants. Pour les lits de maternité, 6 régions sont en déficit en 2017. Il s'agissait des Haut Bassins, Centre Nord, Centre Est, Est, Centre et Sahel. Le gap global en lits était de 1 170 pour tout le pays en 2017, soit une couverture moyenne de 84,6%.

En termes d'utilisation des services, le nombre de contact par habitant était de 1,05 en 2016. La région du Plateau Central enregistre le plus grand nombre de consultation externe par habitant par an (1,34) et le plus petit nombre est enregistré dans la région de la Boucle du Mouhoun (0,86).

⁸⁷ Annuaire statistique MS 2017

⁸⁸ Enquête SARA. 2016

Indice de capacité opérationnelle générale des services

L'indice de capacité opérationnelle générale des services est une moyenne calculée sur la base des scores des 5 domaines suivants : Aménagements et éléments de confort indispensables, Equipements essentiels, Précautions standard pour la prévention des infections, Capacité de diagnostic et médicaments essentiels.

Il est de 64% en 2016 contre 70% en 2014.

Parmi ces 5 domaines, les équipements essentiels enregistrent le grand score (87%) tout comme en 2014 (87%). Les plus faibles niveaux concernent les médicaments essentiels (Liste OMS) et la capacité de diagnostic.

La proportion des DMEG n'ayant pas connu de rupture des 25 intrants traceurs en 2017 est de 18,6% contre 28% en 2016. Le niveau de l'indicateur varie de 50,2% au Centre-Ouest à 1,2% dans la Boucle du Mouhoun et dans le Centre-Est⁸⁹.

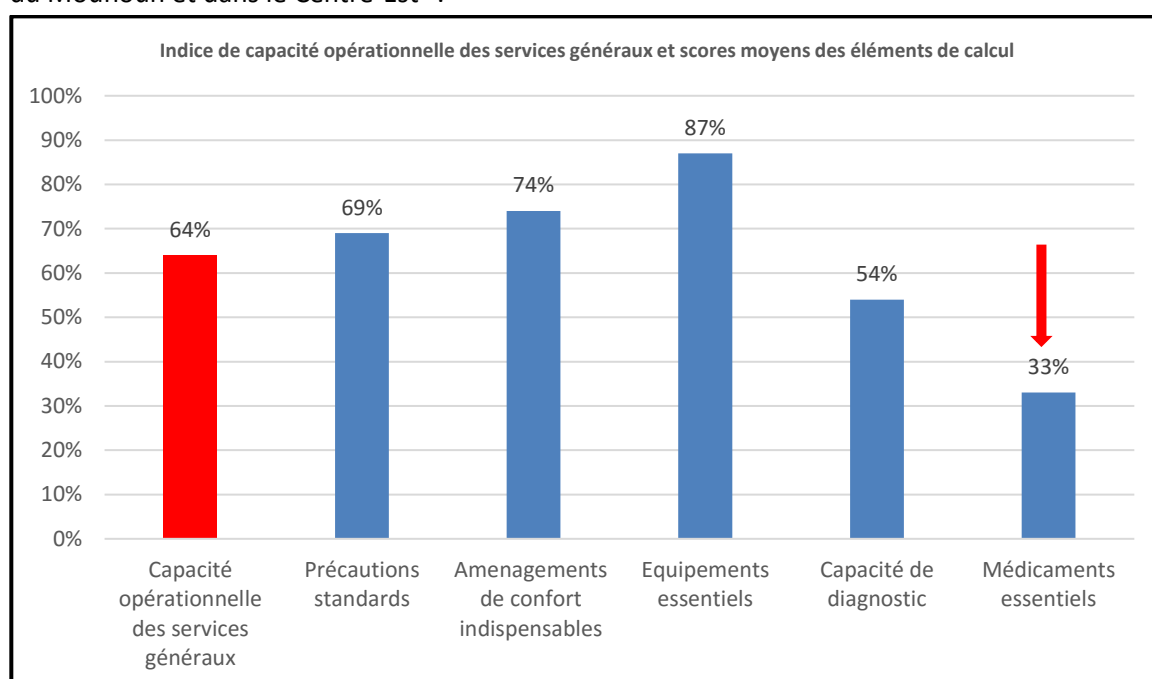


Figure 21 : Indice de capacité opérationnelle générale des services (Source : Enquête SARA 2016)

Gaps de performances

- *Couverture sanitaire insuffisante avec de larges disparités régionales.*
Plus de 20% de la population parcourt au moins 10 km pour atteindre une formation sanitaire. Les densités d'établissements/10 000 habitants, les densités des lits généraux/10 000 habitants et la densité des lits de maternité/ 1 000 femmes enceintes sont largement en deçà des normes de l'OMS.
- *La capacité opérationnelle ou capacité de l'ensemble des établissements à fournir des services de santé est entravée par les scores moyens bas dans le domaine de la disponibilité des médicaments essentiels et de la capacité de diagnostic.*

⁸⁹ Annuaire statistiques 2017. MS Burkina Faso

2.3.1.3. FINANCEMENT⁹⁰

Performances

De 2007 à 2016, les dépenses totales pour la santé s'élevaient à environ 3 152 927 millions de francs CFA, soit en moyenne 3 15 292,7 millions de francs CFA par an. De 2015 à 2016 la dépense totale de santé a augmenté de presque 25% à cause de la mise en œuvre notamment les mesures de gratuité en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes.

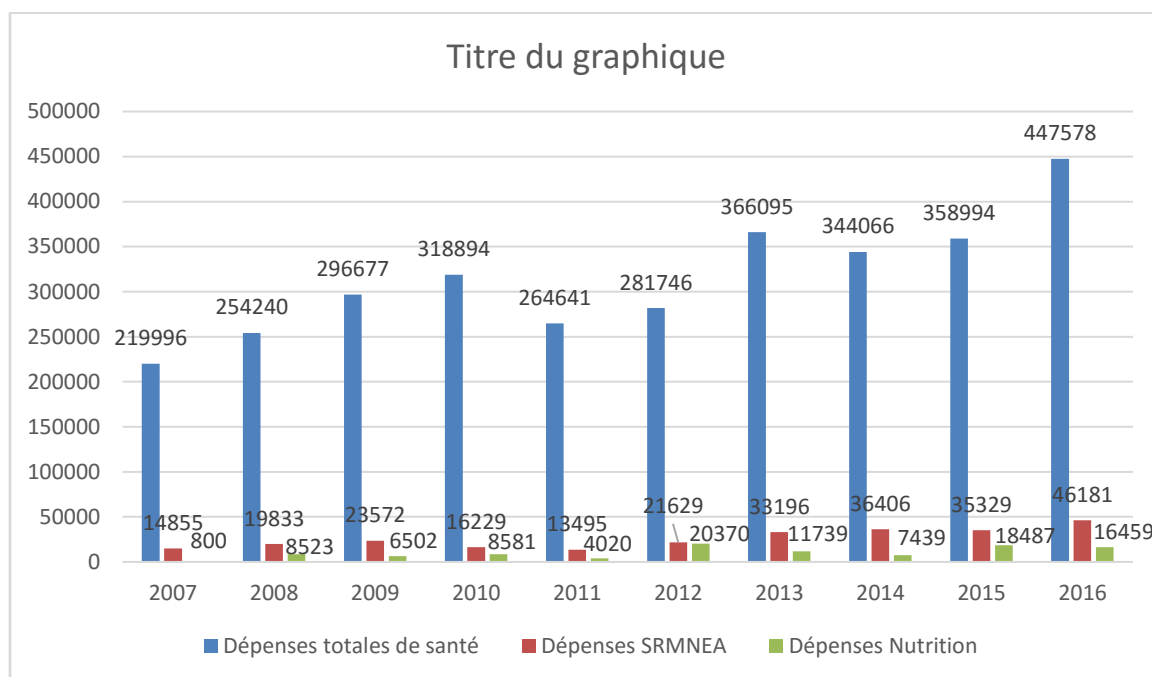


Figure 22 : Dépenses totales de santé comparées aux dépenses pour la SRMNEA et la Nutrition 2007-2016

Les Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat ont un minimum de 6,2% en 2014 et un maximum de 10,3% en 2016.

Malgré une baisse de 7,1 points entre 2007 et 2016, la contribution des ménages reste élevée et atteint 31,4% des dépenses totales de santé en 2016.

La proportion des dépenses assurance maladie en % des dépenses totales de santé reste très faible et connaît une progression faible qui l'a fait passer de 1,1% en 2007 à 1,4% en 2016.

De 2007 à 2016, les dépenses en faveur de la SRMNEA et celles pour la nutrition s'élevaient respectivement à 260 723 et 102 920 millions de francs soit 8,3 % et 3,3 % des dépenses totales de santé⁹¹.

Entre 2015 et 2018, 307 901 830 186 FCFA ont été mobilisés pour la SRMNEA-N. Le financement annuel est à tendance croissante avec 55 960 517 327 FCFA en 2015 et 107 271 584 459 FCFA en 2018⁹².

Les financements sont répartis aux régions selon les fourchettes suivantes :

⁹⁰ Comptes nationaux de la santé 2007-2016

⁹¹ Comptes nationaux de la santé 2007-2016

⁹² Cartographie des interventions, intervenants et financements en SRMNEA-N au BURKINA FASO. Rapport d'études. Ministère de la Santé – Centre Muraz

- ≤ 10 000 000 000 F CFA : Boucle du Mouhoun, Centre-Est, Centre-Nord, Centre-Ouest, Centre-Sud, Plateau Central, Sud-Ouest.
- 10 000 000 000-20 000 000 000 F CFA : Cascades, Est, Nord, Sahel
- ≥20 000 000 000 F CFA : Centre, Hauts-Bassins

2.3.1.4. INFORMATION SANITAIRE

Performances

Le système d'information sanitaire a connu deux avancées majeures : la création en 2013 de l'Entrepôt des Données sanitaires (ENDOS) du Burkina-Faso sur base des données fournies à travers le DHIS 2 et le renforcement du Système d'Information des ressources humaines pour la santé (SIRHS) par le développement et la mise en service du logiciel de gestion des ressources humaines LogRH.

Ces outils permettent de produire, dans des délais sensiblement réduits, le suivi régulier de l'évolution des indicateurs du PNDS, les annuaires statistiques, les annuaires statistiques régionaux et des hôpitaux, les tableaux de bord de la santé, les bulletins trimestriels d'information et d'épidémiologie, les comptes nationaux de santé.

Les principaux défis qui restent à relever sont :

- *L'absence ou le faible débit de la connexion internet dans certaines structures ;*
- *L'éparpillement et la fragmentation des bases de données ;*
- *La faible maîtrise de l'exploitation des données de la base par les différents utilisateurs et l'indisponibilité d'un serveur de grande capacité (serveur miroir) pour garantir la sécurité des données ;*
- *La non utilisation des données du SNIS au niveau des structures périphériques (DRS et DS) due au manque de financement des revues périodiques ;*
- *La disponibilité des rapports des enquêtes nationales (EDS, MICS) alignée sur les périodes d'évaluation et de planification stratégique.*

2.3.1.5. LA DEMARCHE QUALITE : APPROCHE DES SOINS INTEGRES CENTRES SUR LES PERSONNES ET LA SECURITE DES PATIENTS.

Principaux constats⁹³

- Une faible organisation et coordination des services de santé qui ne sont pas centrées sur le bénéficiaire.
- Les compétences ne sont pas maîtrisées : aucun système de vérification et suivi des compétences.
- La gestion des bénéficiaires et des accompagnants est insuffisante : pas de procédure d'organisation du séjour des usagers.
- Les prestations techniques ne sont pas de qualité : absence ou incomplétude de l'examen physique, démarche diagnostique incohérente, prescription médicamenteuse inadéquate, surveillance insuffisance, supports de soins incomplètement renseignés et mal tenus,

⁹³ Analyse de la qualité des soins de SRMNEA-N. Rapport 2018. Ministère de la Santé. Burkina Faso

absence d'évaluation des pratiques professionnelles, audits de décès maternels et néonataux rarement menées, dégradation progressive du professionnalisme et de la déontologie.

- La confidentialité et la protection des données des usagers est insuffisante.
- La prévention de l'infection associée aux soins n'est pas effective lors des soins : port des EPI, gestion des déchets non maîtrisée.
- Les infrastructures équipements ne sont pas adaptées, ne répondent à aucune exigence de la sécurité des prestations. Les équipements et matériel sont le plus souvent indisponibles ou immobilisés et la métrologie (balance, pèse bébé, tensiomètre non étalonnés) est absente dans toutes les formations sanitaires.
- La gestion des médicaments est insuffisante : mauvaise conservation des médicaments dans les unités de soins, utilisation de médicaments périmés ou confusions de molécules.

Gaps de performances

- L'insuffisante la vision, de coordination, de collaboration et de redevabilité aux différents niveaux du système de santé ne favorisent pas l'amélioration de la qualité des soins centrés sur les personnes et la sécurité des patients ;
- La qualité de l'offre et des soins et services de centrés sur les personnes et la sécurité des patients dans toutes les structures sanitaires sont insuffisantes
- La qualité de la mise en œuvre des actions de promotion de la santé et de la nutrition et de lutte contre la maladie est insuffisante ;
- Les ressources humaines sont insuffisantes pour contribuer à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients.
- Les infrastructures, équipements medicotechniques, logistique roulante, produits de santé sont insuffisants pour contribuer à une offre de soins et services de qualité intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients ;
- Le suivi, l'évaluation et la capitalisation des prestations et des données sont insuffisants pour la prise de décision adéquate
- La promotion de la recherche et l'utilisation des résultats de la recherche sont insuffisantes pour améliorer la qualité des soins intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients.
- Le financement des actions d'amélioration de la qualité des soins intégrés centrés sur les personnes et la sécurité des patients est insuffisant.

2.3.1.6. LA SANTE COMMUNAUTAIRE.

Performances

La santé communautaire ou « la santé par les populations et pour les populations » est soutenue par la disponibilité dans la communauté de services à base communautaire (SBC) délivré par des membres choisis de la communauté.

Au Burkina Faso, les SBC délivrés couvrent les domaines curatif, préventif et promotionnel. La prédominance des soins préventifs et promotionnels est en adéquation avec le rôle de

promoteur de la santé de l'agent de santé à base communautaire (ASBC) dans la mise en œuvre des interventions à gain rapide (IGR)⁹⁴.

Cette stratégie réduit les distances par l'offre de services de proximité par personnes connues et qui connaissent les préoccupations de la population, diminue la charge de travail des agents des formations sanitaires.

Les distributions à base communautaire concernent les produits suivants :

- Les médicaments anti-palustres pour la prise en charge du paludisme à domicile (PECADO)
- Le SRO, Zinc, Vitamine A, la supplémentation en Fer, en Acide folique et en Iode,

La promotion de l'hygiène alimentaire par le lavage des mains et de la promotion de la nutrition maternelle, de l'allaitement maternel, et de l'alimentation de complément.

- Les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA).
- Les produits de contraception

D'autres parts les ASBC mènent d'autres activités de promotion de la santé : promotion de l'hygiène alimentaire par le lavage des mains, de la nutrition maternelle, de l'allaitement maternel, et de l'alimentation de complément, de la planification familiale. En 2016, la santé communautaire a été renforcée par le recrutement de deux ASBC par village administratif, soit 16.000 ASBC, bénéficiant d'une motivation de 20 000 FCFA/mois.

Goulots d'étranglement⁹⁵ :

- L'offre de services à base communautaire de qualité est insuffisante ;
- Le besoin de renforcement de capacité et de la supervision des acteurs communautaires
- L'accès aux services de santé à base communautaire est faible ;
- La coordination et la gestion des SBC sont insuffisantes ;
- La planification, le suivi et l'évaluation des SBC sont insuffisants ;
- La participation communautaire est faible.

2.3.2. GOUVERNANCE ET COORDINATION

Performances

Le cadre stratégique et opérationnel est en place avec (i) les ODD, (ii) la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), (iii) le PNDES, (iv) le PNDS 2011-2020, (v) le Plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents, des jeunes et de la personne âgée (SRMNIA-PA) 2017-2020, (iv) les PNP/SR, (v) le Plan national de nutrition, (vi) le Plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au BURKINA FASO (2013 – 2025).

Le cadre de coordination des activités pour l'élaboration du dossier d'investissement en SRMNEA-N et ECSV est en place et comprend (i) le cadre sectoriel de dialogue retenu comme plateforme globale pour le GFF et (ii) l'équipe fonctionnelle 7 retenue comme plateforme

⁹⁴ Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso. Rapport de mission par Awa Seck et Dieudonne Valea. Ministère de la santé du Burkina Faso. 2011

⁹⁵ Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso. Rapport de mission par Awa Seck et Dieudonne Valea. Ministère de la santé du Burkina Faso. 2011

technique pour conduire le processus l'élaboration du dossier d'investissement.

Le rapport d'étude sur la Cartographie des interventions, intervenants et financements en SRMNEA-N au Burkina Faso est disponible.

Défis

- *Le grand défi ou goulot d'étranglement est d'assurer une coordination optimale dans le contexte de la décentralisation pour éviter les chevauchements, les duplications, les zones orphelines et l'iniquité dans la répartition régionale.*

Parmi les 417 acteurs de mise en œuvre (ONG, Associations, privé), 332 menaient des interventions dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (SSR), 259 en santé maternelle et néo-natale, 279 en santé infantile, 283 en santé des adolescents et 273 en nutrition. Les acteurs de la mise en œuvre fonctionnent avec les fonds mis à disposition par un nombre important de Catalyseurs et bailleurs de fonds.

- *Garantir un financement durable y compris en recourant à des sources innovantes de financement ;*
- *Développer une culture de redevabilité ;*
- *Coordination multisectorielle de la nutrition*

2.3.3. DETERMINANTS DE LA SANTE

2.3.3.1. Indice de développement humain

Le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés et classé 185ème sur 188 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0,402 en 2016⁹⁶.

2.3.3.2. La pauvreté

La pauvreté au Burkina est essentiellement rurale avec une incidence de 47,5% contre 13,7% en milieu urbain. Cette même source indique de nombreuses inégalités entre régions du pays avec une concentration de 60% des pauvres dans cinq régions (le Nord, la Boucle du Mouhoun, le Centre-Ouest, le Centre-Nord et l'Est)⁹⁷.

2.3.3.3. L'environnement socio-culturelle

L'autonomie des femmes dans la prise de décision reste relativement faible.

Le poids du mari ou de la belle-mère reste très important dans la décision de recourir aux services de santé. Certaines pratiques comme les tabous alimentaires, les mutilations génitales féminines, le mariage précoce ont des conséquences directes sur la santé de la mère et de l'enfant

2.3.3.4. Eau, hygiène, assainissement⁹⁸

En moyenne, 76,3% de la population ont accès à l'eau potable. Mais cette moyenne cache de grandes disparités selon les régions.

La proportion de la population qui n'a pas accès à l'eau potable varie entre 29,2% et 42,6% selon les régions : Sud-Ouest (29,2%), Nord (30,7%), Est (31,6%), Centre-Ouest (34,2%), Hauts Bassins (34,3%), Sud (35,1%) Et Boucle du Mouhoun (42,6%).

⁹⁶ Rapport du PNUD 2016

⁹⁷ Enquête module démographie et santé 2015

⁹⁸ Enquête module démographie et santé 2015

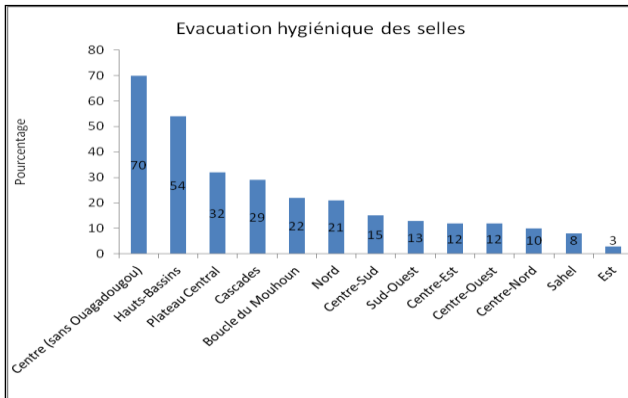


Figure 23 : Evacuation hygiénique des selles⁹⁹

La couverture en évacuation sanitaire augmente avec le niveau socio-économique. Les populations dans les zones rurales ont peu d'accès à ces commodités ainsi que celles ayant un niveau de vie de plus en plus bas. 83% de la population la moins défavorisée a une couverture de 83% tandis que la plus défavorisée a une couverture.

⁹⁹ Analyse par l'outil EQUIST 2018

3. ETAT CIVIL ET STATISTIQUES VITALES

3.1. SITUATION EN MATIERE D'ETAT CIVIL

Au Burkina Faso, le système d'état civil a été institué par l'arrêté général n°4602/AP du 16 août 1950 réglementant l'état civil des personnes régies par les coutumes locales, ultérieurement connu sous le nom d'arrêté organisant « l'état civil indigène ».

Après l'indépendance, des mises à jour ont été faites dans le dispositif légal avec le Code des personnes et de la famille qui entrera en vigueur le 4 août 1990, l'arrêté n°2006-009/MJ/SG/DACPS du 2 mars 2006 portant fixation des modèles d'actes d'état civil.

Avec le 2^e Plan d'Action 2017-2021, le pays est passé de la promotion de l'état civil de 2012-2016 à l'étape de la modernisation. L'ambition du Gouvernement est d'aboutir à une gestion maîtrisée des faits d'état civil, pour bénéficier de données démographiques fiables.

En 2015, il y avait quatre cent six (406) centres d'état civil principaux et 987 centres secondaires¹⁰⁰.

3.1.1. ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

Toute naissance survenue sur le territoire burkinabè doit faire l'objet d'une déclaration à l'officier de l'état civil du lieu de naissance dans les deux mois à compter du jour de la naissance.

En 2015¹⁰¹, environ 78 % des naissances sont enregistrées à l'Etat civil. Ce taux plutôt élevé cache des disparités géographiques avec un pourcentage de naissances enregistrées de 95% dans les régions du Centre et Centre-Sud, de 59.2% dans la région de l'Est et de 40.6% dans la région du Sahel (EMC-MDS, 2015). Les écarts sont considérables entre le milieu rural (62 %) et le milieu urbain (91 %) d'une part, et entre les enfants des ménages riches (91,4%) et ceux des ménages pauvres (49,3%) d'autre part. Soixante-six % des enfants enregistrés dans les registres de l'état civil étaient en possession d'un certificat de naissance.

3.1.1.1. Déclaration des mariages et des décès

Aux termes des articles 273 et suivants du CPF, le mariage est célébré publiquement par l'officier de l'état civil du lieu de la constitution du dossier de mariage en présence de deux (02) témoins majeurs. Aux termes des articles 116 et suivants du CPF, les décès doivent être déclarés, dans un délai de deux (02) mois à l'officier de l'état civil du lieu de décès, par le conjoint survivant, les ascendants ou descendants ou toute personne possédant les renseignements les plus exacts et les plus complets possibles sur l'état civil du défunt.

Dans les centres urbains où il existe des dispensaires ou des hôpitaux, le décès d'une personne est constaté par un médecin ou un infirmier qui établit une constatation de décès. Aux vues de celle-ci, l'officier de l'état civil délivre un permis d'inhumer.

Tableau 6 : Déclaration des mariages et décès (2000-2004)¹⁰²

Acte	2000	2001	2002	2003	2004
Déclaration des mariages	11173	5678	6374	5702	10054
Déclaration des décès	5508	2676	3463	3270	3487

¹⁰⁰ PNDES Aout 2016

¹⁰¹ Enquête Module Démographie et Santé. Burkina Faso 2015

¹⁰² L'évaluation de la situation des données administratives et de l'état civil et proposition d'une méthodologie simple de collecte des données. Juin 2006. INSD-MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT. BURKINA FASO

3.1.2. SITUATION EN MATIERE DE STATISTIQUES VITALES

Les statistiques de vie se définissent comme l'ensemble des renseignements caractérisant les individus et les événements faisant l'objet d'une déclaration à l'état civil. Elles sont établies à partir des informations sur la naissance vivante, le mariage, la mort fœtale, le divorce, l'annulation, le décès, la séparation de corps et de biens, l'adoption, la légitimation et la reconnaissance.

Les statistiques de vie sont des éléments essentiels de la planification du développement.

La première et seule expérience de collecte des statistiques de vie au niveau national remonte à l'année 2007. C'est au cours de cette année que la collecte des statistiques de vie concernant les naissances, les décès, les mariages ont véritablement débuté sur l'ensemble du territoire. Cette première collecte, considérée comme une phase pilote, a couvert une période de trois (03) ans (2005 - 2007) et devait se poursuivre par des collectes trimestrielles chaque année.

3.1.3. Les goulots d'étranglement

- *L'information insuffisante de la population sur l'importance de l'enregistrement des naissances, des avantages qu'il confère aux enfants et aux citoyens de manière générale et des conséquences que le non-enregistrement des naissances peut engendrer.*
- *La faible disponibilité des services d'état civil avec un rayon moyen d'action théorique qui va de 7,5 Km (Région du Centre) à 22 km (Région de l'Est).*
- *L'insuffisance de personnels formés comme agent de l'état civil.*
- *La faible exploitation des technologies modernes (TIC)*
- *Le mauvais archivage des registres*
- *L'analphabétisme et le manque d'informations sur les droits de l'enfant et de la femme*
- *La faiblesse des mécanismes de suivi-évaluation et de coordination des différents ministères impliqués.*

4. ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT A LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE DES SERVICES DE LA SRMNEA ET DE L'ECSV

4.1. METHODOLOGIE

Cette analyse a été réalisée à l'aide de l'outil EQUIST qui permet de faire une analyse selon l'équité pour aboutir à des stratégies et à un impact coût-efficacité.

Cette analyse s'est faite selon les trois modes de prestations à savoir les pratiques familiales essentielles, les soins préventifs et les soins curatifs. Pour chacune des interventions composant le paquet, les sept déterminants de couverture ont été passés en revue en plus des conditions relatives à l'environnement de leur mise en œuvre. L'outil indique en rouge, le goulot qui entrave en particulier l'atteinte des résultats de couverture bien qu'il en existe d'autre.

4.2. GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET LEURS CAUSES POUR L'OFFRE DES PRATIQUES FAMILIALES

L'offre analysée comprend WASH/Eau, Assainissement, Moustiquaire imprégnée d'insecticide, VIH-SIDA, Alimentation de la femme enceinte et allaitante, du nourrisson et de l'enfant.

Dans l'ensemble, on constate que la continuité et la qualité sont les principaux goulots dans la mise en œuvre des interventions communautaires. A leur suite viennent la faible disponibilité des ressources humaines, puis l'acceptabilité socio-culturelle.

Certains facteurs expliquent la faible continuité dans les pratiques. En effet, l'insuffisance de communication et de campagnes pour le changement de comportement des ménages a pour conséquence la faible recherche rapide des soins et du suivi. Les barrières socio-culturelles (non implication des hommes, rôle des belles-mères dans la prise de décision), l'inégale répartition des structures de santé et les difficultés de transport influencent également négativement cette recherche des soins. Beaucoup d'occasions manquées (vaccination, consultations post-natales) comme porte d'entrée aux mères pour recevoir les informations en vue de la mise en œuvre des bonnes pratiques d'alimentation et de soins aux nouveau-nés sont liées à la faible intégration des services de soins.

La qualité des soins au niveau communautaire souffre de la faible compétence des agents de santé communautaires, du manque de supervision formative et de motivation. L'intégration limitée des soins est également un obstacle à la qualité car il existe beaucoup d'occasions manquées.

Sévérité du goulot		x=Prioritized Bottleneck						
Bas	Elevé	Severity=1-Coverage						
No. here are coverage values		Disponibilité	Accessibilité (RH)	Accessibilité (Geo)	Accessibilité financière	Acceptabilité	Continuité	Qualité
WASH								
	Assainissement amélioré						X	X
	Evacuation hygiénique des selles de l'enfant			X		X	X	X
	Lavage des amins au savon					X	X	X
MII/Sûreté environnemental								
	MII/PID-Possession de MII ou foyer protégé par pulvérisation intradomiciliaire	X		X		X		X
Alimentation et soins des nouveau-nés et des nourrissons								
	Allaitement exclusif		X	X		X	X	X
	Allaitement maternel (12-23 Mois)			X			X	X
	Alimentation complémentaire- Education et supplémentation	X			X			X
	Tout allaitement (6-11 months)						X	X
	Soins thermiques			X			X	X
	Soins postnatal propres			X		X	X	X

Figure 24 : Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet communautaire. Source Equist

4.3. GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET LEURS CAUSES POUR LE PAQUET DE SERVICES PREVENTIFS

Le paquet analysé comprend la planification familiale, les soins prénatals et la vaccination de l'enfant.

La Faible acceptabilité socio-culturelle constitue un des goulots qui se retrouve au niveau de toutes les interventions du paquet de soins préventifs. Elle est liée à la faible capacité de la femme à prendre des décisions toute seule et au manque d'information sur la disponibilité et l'utilité des soins prénatals.

La faible accessibilité aux ressources humaines formées en soins préventifs tels que la Consultation prénatale (46%), la prise en charge du diabète de la femme enceinte s'explique par l'insuffisance de délégation des tâches, l'insuffisance de recrutement, l'inégale répartition des Ressources Humaines, la mobilité du personnel et l'insuffisance de formation.

Pour ce qui concerne l'insuffisance de la qualité des prestations de la planification familiale, les causes qui expliquent cette situation sont : l'insuffisance de respect des normes et protocoles, de la sécurité du patient, de la gestion des déchets biomédicaux et des conditions de conservation et de stockage des produits.

Dans le contexte de gratuité des soins, les paiements directs et indirects persistent entraînant une faible accessibilité financière aux soins pendant la grossesse.

Sévérité du goulot		x=Prioritized Bottleneck						
Bas	Elevé	Severity=1-Coverage						
*No. here are coverage values		Disponibilité	Accessibilité (RH)	Accessibilité (Geo)	Accessibilité financière	Acceptabilité	Continuité	Qualité
Planification familiale								
	Utilisation de la contraception		x		x	x		x
Soins Périnataux								
	Vaccin antitétanique (anatoxine tétanique)		x	x		x		x
	TPI - femmes enceintes protégées par un traitement préventif intermittent du	x	x	x		x	x	x
	Dépistage et traitement de la syphilis		x	x	x	x		x
	Supplémentation en calcium		x		x	x		x
	Supplémentation en micronutriments multiples		x	x	x	x		x
	Supplémentation en fer et en acide folique		x	x	x	x		x
	Prise en charge des cas d'hypertension		x	x	x	x		x
	Prise en charge des cas de diabète	x	x	x	x	x		x
	Prise en charge des cas de paludisme		x	x	x	x		x
	MgSO4- prise en charge de la prééclampsie		x	x	x	x		x
	RCIU - détection et prise en charge des cas de retard de croissance intra-utérin		x	x	x	x		x
	PTME - Prévention de la transmission mère-enfant du VIH		x		x	x		x
Vaccination plus								
	Supplémentation en vitamine A			x		x		
	Vaccin BCG			x		x		
	Vaccin antipoliomyélitique			x		x		
	DTC3		x	x		x		
	Vaccin contre le Hib			x		x		
	Vaccin contre l'hépatite B			x		x		
	Vaccin antipneumococcique			x		x		
	Vaccin contre les rotavirus			x		x		
	Rougeole			x		x		

Figure 25 : Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet soins préventifs-Source Equist

4.4. ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET DE LEURS CAUSES POUR LE PAQUET DE SERVICES CURATIFS

Le paquet analysé comprend la Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles, l'accouchement assisté par un personnel qualifié et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Les goulots d'étranglement pour la mise en œuvre des interventions à haut impact sur la mortalité néo-natale se situent essentiellement au niveau de la disponibilité des intrants, de l'accessibilité géographique, de l'acceptabilité socio-culturelle et de la qualité.

La faible disponibilité des produits pour la mise en œuvre des différentes interventions relève des ruptures fréquentes des stocks liés à une défaillance dans le système d'approvisionnement et de gestion des stocks.

- La faible accessibilité aux ressources humaines est liée au nombre insuffisant de prestataires formés en PCIMNI, SONU ou au fait des nouveau-affectés sortis des écoles de formation qui ne sont pas encore apte à poser tous les actes.
- La faible accessibilité géographique réside dans l'inégale répartition des structures sanitaires et aux zones d'accès difficile.
- Les paiements directs constituent la principale cause de l'insuffisante accessibilité financière aux soins curatifs compte tenu des difficultés rencontrées dans la gratuité ciblée

- L’insuffisance de sensibilisation et les faibles compétences des prestataires en matière de communication interpersonnelles ainsi que les pesanteurs des normes traditionnelles sont à l’origine de l’insuffisante acceptabilité socio-culturelle des soins curatifs
- La qualité des soins souffre des compétences inadéquates des prestataires, de leur manque de motivation et des ruptures fréquents des intrants

Sévérité du goulot			x=Prioritized Bottleneck							
			Severity=1-Coverage							
Bas	Elevé									
*No. here are coverage values										
			Disponibilité	Accessibilité (RH)	Accessibilité (Geo)	Accessibilité financière	Acceptabilité	Continuité	Qualité	
			SRO - sels de réhydratation orale	X	X	X	X	X	X	X
			Antibiotiques injectables en cas de septicémie néonatale	X	X	X	X	X	X	X
			Zinc - traitement de la diarrhée	X	X	X	X	X	X	X
			Antibiotiques oraux - prise en charge des cas de pneumonie aiguë chez l'enfant	X	X	X	X	X	X	X
			Vitamine A - traitement de la rougeole	X	X	X	X	X	X	X
			Antipaludiques - combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour traiter le palud	X	X	X	X	X	X	X
			Alimentation thérapeutique en cas d'émaciation grave [malnutrition aiguë sévère (MAS	X	X	X	X	X	X	X
			Traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM)	X	X	X	X	X	X	X
			TARV (chez les enfants)	X	X	X	X	X	X	X
			Accouchement assisté par un professionnel qualifié	X	X	X	X	X	X	X
			Soins essentiels	X	X	X	X	X	X	X
			Bonnes pratiques d'hygiène à la naissance	X	X	X	X	X	X	X
			Examen et stimulation immédiats	X	X	X	X	X	X	X
			AMTSL - prise en charge active de la délivrance	X	X	X	X	X	X	X
			MMK - Soins « mère kangourou	X	X	X	X	X	X	X
			Chlorhexidine	X	X	X	X	X	X	X
			Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)	X	X	X	X	X	X	X
	Accès à ur	Accès à ur	Accès à un établissement offrant des services SONUC lors du t	X	X	X	X	X	X	X
	Réanimat	Réanimat	Réanimation néonatale	X	X	X	X	X	X	X
	Accès à ur	Accès à ur	Accès à un établissement offrant des services SONUB lors du t	X	X	X	X	X	X	X
	Prise en c	Prise en c	Prise en charge des patientes après avortement	X	X	X	X	X	X	X
	Administr	Administr	Administration de corticostéroïdes prénatals lors d'un travail	X	X	X	X	X	X	X
	MgSO4 - ç	MgSO4 - ç	MgSO4 - prise en charge de l'éclampsie	X	X	X	X	X	X	X
	Prise en c	Prise en c	Prise en charge des cas de septicémie maternelle	X	X	X	X	X	X	X
	Prise en c	Prise en c	Prise en charge des prématurés	X	X	X	X	X	X	X
	Administr	Administr	Administration de soins de soutien complets aux prématurés	X	X	X	X	X	X	X
	Prise en c	Prise en c	Prise en charge des cas de grave infection néonatale	X	X	X	X	X	X	X
	Administr	Administr	Administration de soins de soutien complets en cas de septic	X	X	X	X	X	X	X

Figure 26 : Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet de soins curatifs-Source Equist

4.5. LA LIMITE A L'EQUITE ET LIMITE OPERATIONNELLE

Sur la base du changement de couverture effective de chaque intervention résultant du scénario construit, EQUIST fonctionne à travers LIST pour estimer les décès qui auraient pu être évités.

Ainsi le graphique ci-dessous compare le nombre de décès évités dans notre scénario avec le nombre de décès à la limite de l'équité et à la limite opérationnelle. Pour la limite de l'équité, il s'agit de remonter les couvertures des interventions à haut impact des populations les plus défavorisées pour atteindre le même niveau que celles des populations les moins défavorisées du Burkina Faso. Pour la limite opérationnelle, il s'agit de mettre la couverture des

interventions à haut impact du Burkina Faso au même niveau que celle des pays les plus performants pour éviter le maximum de décès.

Ainsi, pour la mortalité néo-natale, on constate que le nombre de décès évités dans notre scénario dépasse le double de décès évités à la limite de l'équité soit plus de quatre mille décès de nouveau-nés évités dans l'ensemble contre environ mille décès. Ce qui traduit que notre scénario est très équitable dans ce cas.

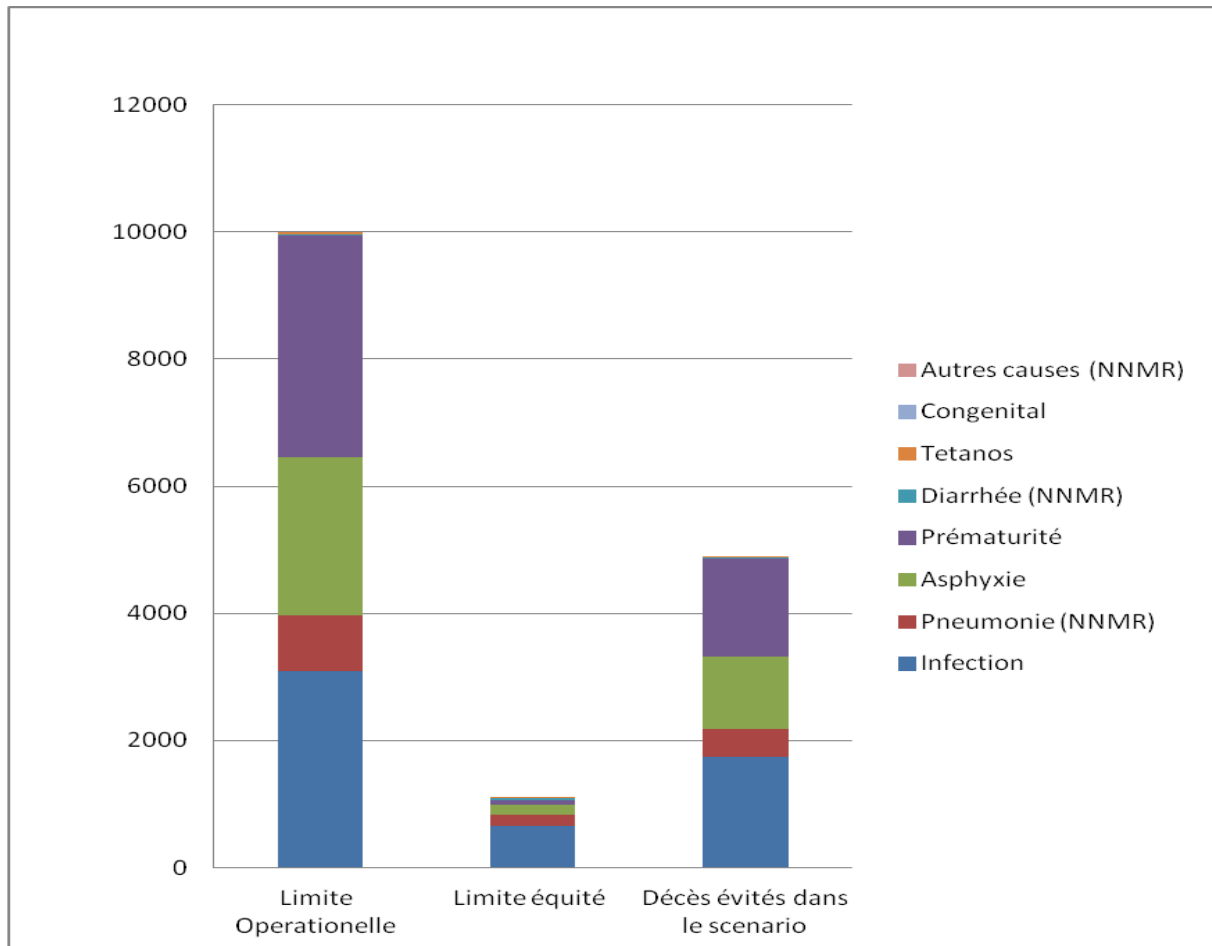


Figure 27 : Nombre de décès de nouveau-nés évités par cause (Source Equist)

Concernant la mortalité des enfants de moins de cinq ans, dix mille décès sont évités dans notre scénario contre sept mille environ lorsque les couvertures sont mises au même niveau (limite équité).

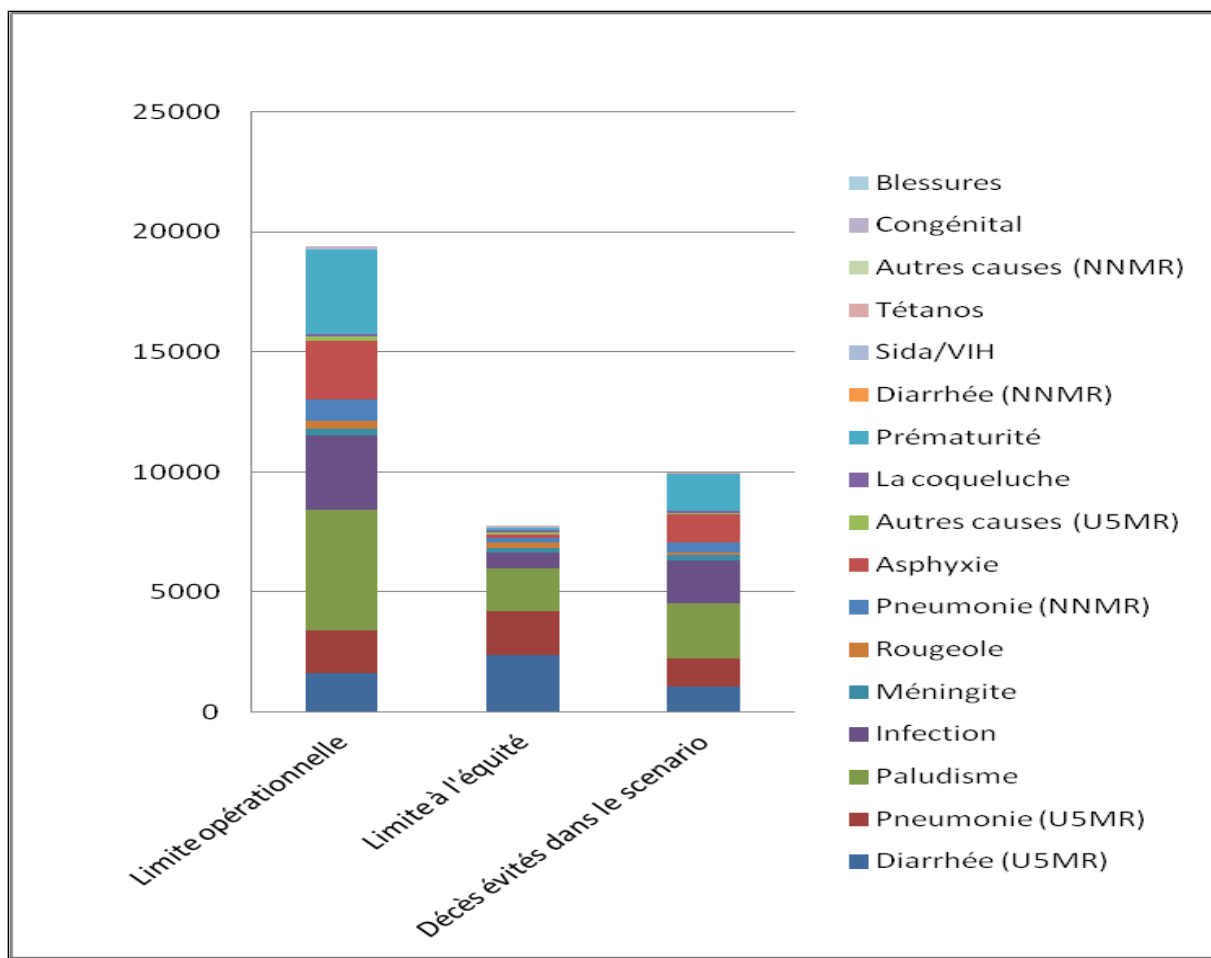


Figure 28 : Nombre de décès des enfants de moins de cinq ans évités par cause (Source Equist)

Dans notre scénario, le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans évités par paquet d'intervention se résume ainsi : 2150 décès évités par les interventions SONUC, 2791 décès par la PCIMNI, 158 décès avec les soins lors de l'accouchement assisté par un personnel qualifié, 3054 décès évités par les soins nouveau-né et infantile, 221 décès évités par les soins prénatals et 177 décès évités par Le paquet WASH.

Ces différents constats suggèrent que le focus soit mis dans les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la PCIMNI, les soins essentiels du Nouveau-né et infantile si l'on veut obtenir un impact important sur la mortalité des moins de cinq ans.

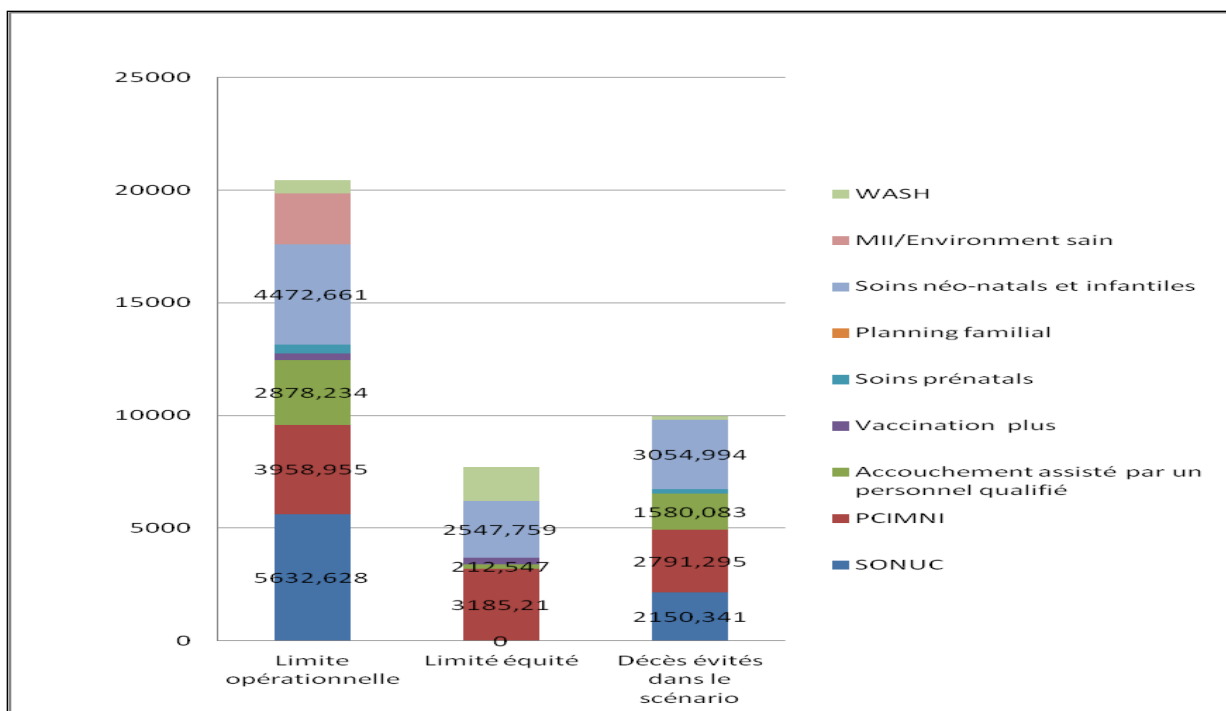


Figure 29 : Nombre de décès des enfants de moins de cinq ans évités par paquet d'intervention (Source Equist)

4.6. LES PRINCIPALES STRATEGIES A HAUT IMPACT

Les principales stratégies à haut impact avec leur coût ont été générées sur la base des goulots et des causes identifiées. Le graphique ci-dessous présente les différentes stratégies avec leur coût. Elles serviront de base à la planification du dossier d'investissement.

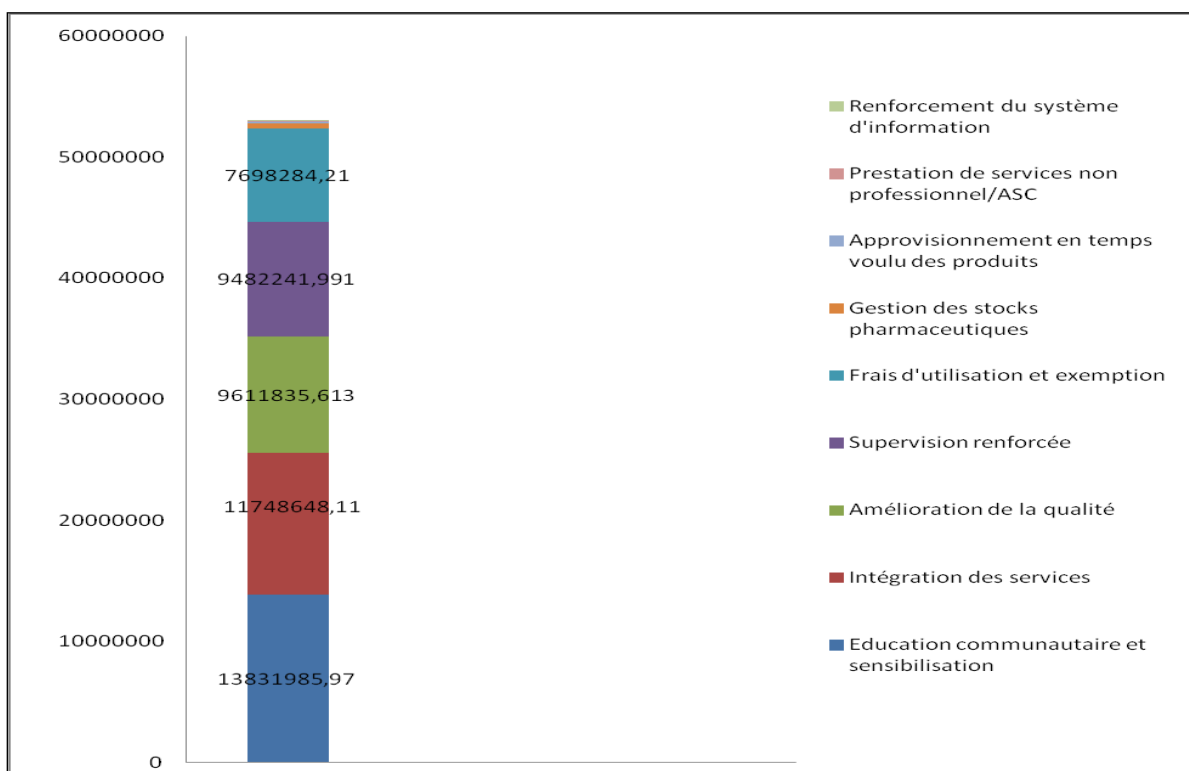


Figure 30 : Coût total par stratégie (USD)

Les graphiques ci-dessous présentent la rentabilité de notre scénario, à savoir, pour 1 million de dollars dépensé dans le cadre du scénario retenu, 188 vies sont sauvées et le coût par personne pour les stratégies retenues se chiffre à environ 3\$ US par personne ce qui est rentable.

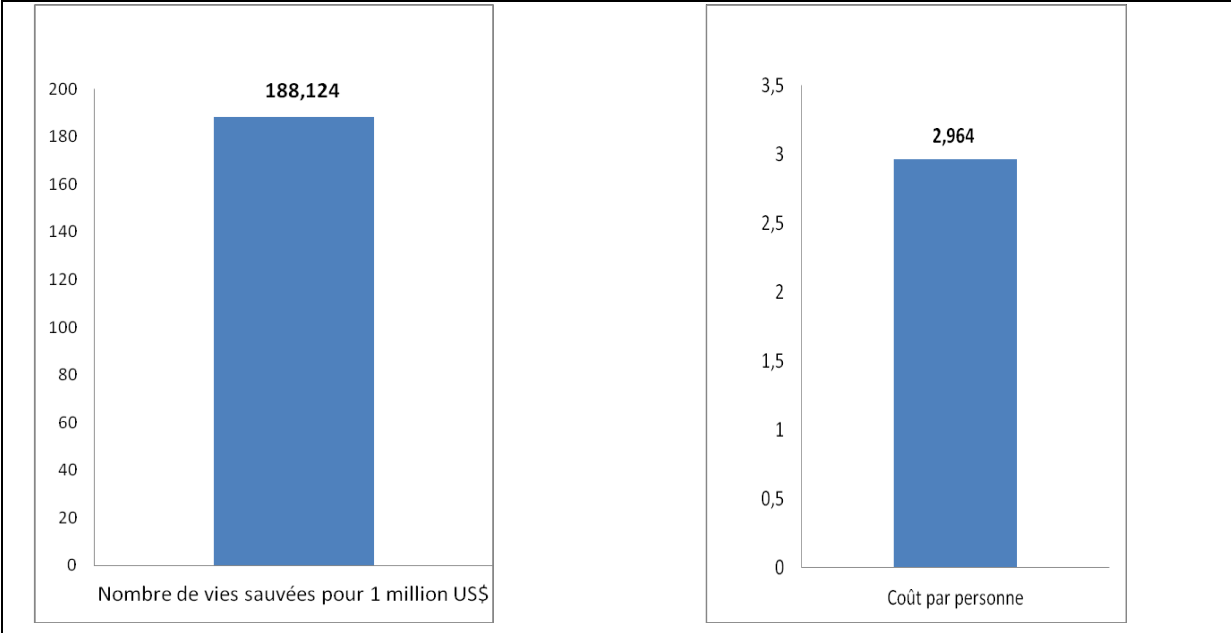


Figure 31: Nombre de vie sauvées et Coût par personne (Source EQUIST 2018)

5. STRATEGIE D'AMELIORATION DE LA SANTE DE LA MERE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT/JEUNE, NUTRITION ET ETAT CIVIL.

5.1. VISION

Cette vision dérive de celle du document de Politique National de Santé.

Le Burkina Faso atteint le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population, avec une attention particulière pour le Mère, le Nouveau-né, l'enfant, l'adolescent/jeune, à travers un système de santé national performant.

5.2. PRINCIPES DIRECTEURS

Le dossier d'investissement va s'articuler autour des principes directeurs suivants :

- Un leadership proactif pour améliorer la coordination intra sectorielle des acteurs dans un contexte de décentralisation et la collaboration intersectorielle en vue d'agir plus efficacement sur les principaux déterminants de la santé ;
- La gestion axée sur les résultats pour améliorer l'efficacité des investissements ;
- L'approche intégrée des prestations autour des étapes du cycle de vie pour éviter la fragmentation-duplication et améliorer la cohérence des interventions SRMNEA-N ;
- L'équité, le genre et la prise en compte des besoins prioritaires et des ressources disponibles ;
- Le focus sur la mise en œuvre, le long terme et la redevabilité.

5.3. LE RESULTAT ATTENDU

Le résultat attendu de la mise en œuvre de cette stratégie est une réduction significative de la mortalité maternelle, néo-natale et infanto-juvénile ainsi qu'une amélioration significative de la santé des adolescents/jeunes par une réduction significative des facteurs de risques.

D'ici 2023, Le scénario moyen choisi permettra principalement de réduire la mortalité maternelle de 330 à 265 décès maternels/100 000 naissances vivantes, la mortalité néo-natale de 23 à 17 pour 1000 et la mortalité infanto-juvénile de 82 à 51 pour 1000.

5.4. ZONE D'INTERVENTION

Le choix du Pays est de couvrir tout le pays mais avec un effort différentiel sur les régions classées en priorité 1 d'abord et si les ressources le permettent sur les zones classées en priorité 2. Au niveau régional, il s'agira également d'identifier les districts sanitaires défavorisés et de leur appliquer le traitement différentiel qui leur permettra de rattraper le retard.

Le classement des régions par priorité était basé sur l'analyse de la situation de chaque

région par rapport à 18 indicateurs de performances et 2 indicateurs d'impact.

(Voir méthodologie détaillée en Annexe 2) :

PRIORITE 1 : Boucle du Mouhoun, Centre-Est, Centre-Sud, Est, Sud

PRIORITE 2 : Cascades, Centre-Ouest, Hauts Bassins, Sud-Ouest

PRIORITE 3 : Centre, Centre-Nord, Nord, Plateau Central

Tableau 7 : Classement des régions par priorité

		PERFORMANCE EN MATIERE DE REDUCTION DE LA MORTALITE			
REGION	PERFORMANCE/6	NEO-NATALE/3	MOINS 5 ANS/3	TOTAL/12	
1. Boucle du Mouhoun	4	1	1	6	
2. Cascades	4	3	1	8	
3. Centre	4	3	3	10	
4. Centre-Est	2	1	3	6	
5. Centre-Nord	6	3	1	10	
6. Centre-Ouest	2	3	3	8	
7. Centre-Sud	4	1	1	6	
8. Est	4	1	1	6	
9. Hauts Bassins	6	1	1	8	
10. Nord	6	3	3	12	
11. Plateau Central	4	3	3	10	
12. Sahel	4	1	1	6	
13. Sud-Ouest	6	2	1	9	

 **Priorité 1**

 **Priorité 2**

 **Priorité 3**

5.5. LES PRIORITES : VUE D'ENSEMBLE

Tableau 8 : VUE D'ENSEMBLE DES PRIORITES	
PRIORITE 1 : AMELIORER LA COUVERTURE DES POPULATIONS CIBLES PAR LE PAQUET INTEGRE D'INTERVENTIONS SRMNEAN A HAUT IMPACT	
1.1. AMELIORER L'OFFRE DE SERVICES DU PAQUET SRMNEAN A HAUT IMPACT, INTEGRE ET DE QUALITE	1.1.1. Offrir un paquet intégré d'interventions de SRMNEAN à haut impact et adapté à chaque étape du cycle de vie 1.1.2. Augmenter la proportion des formations sanitaires du sous-secteur privé qui offrent des interventions de SRMNEA-N à travers le conventionnement et l'achat stratégique. 1.1.3. Renforcement de l'offre de services intégrés et adaptés aux besoins des adolescents/ jeunes 1.1.4. Améliorer la qualité de l'offre de services par le passage à l'échelle de l'approche sécurité du patient.
1.2. AMELIORER L'EQUITE ET LA DEMANDE DE SERVICES SRMNEAN A HAUT IMPACT AVEC UN RENFORCEMENT DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE ET LA REDUCTION DES BARRIERES FINANCIERES	1.2.1. Renforcer l'approche communautaire pour atteindre et délivrer aux populations des zones éloignées ou d'accès difficile des interventions 1.2.2. Renforcer la communication pour le changement pour une meilleure utilisation des SRMNEAN 1.2.3. Réduire les barrières financières à l'accès aux services de SRMNEA-N
PRIORITE 2 : RENFORCER LES PILIERS DU SYSTEME DE SANTE EN APPUI A L'OFFRE DE SRMNEA	
2.1. ASSURER LA DISPONIBILITE D'UN PERSONNEL OPERATIONNEL, COMPETENT, MOTIVE ET FORME NOTAMMENT A TRAVERS LE COACHING, LE MENTORAT, ...	2.1.1. Organiser des formations spécifiques de mise à niveau dans les domaines actuellement déficitaires 2.1.2. Intégrer dans les curricula de formation initiale les compétences pour l'offre de services SRMNEAN de qualité 2.1.3. Assurer une distribution équitable des ressources humaines
2.2. ASSURER LA DISPONIBILITE DES D'EQUIPEMENTS ET LOGISTIQUE POUR L'OFFRE DES SERVICES SRMNEAN	2.2.1. Augmenter le nombre de lits de maternité 2.2.2. Renforcer les moyens d'évacuation vers les FS de référence 2.2.3. Améliorer les espaces de prise en charge du nouveau-né
2.3. ASSURER LA DISPONIBILITE CONTINUE DES INTRANTS DE SRMNEAN	2.3.1. Assurer la disponibilité continue du matériel de communication et de démonstration 2.3.2. Assurer la disponibilité continue du matériel médico-technique et les médicaments pour la SRMNEAN 2.3.3. Assurer la disponibilité continue des intrants pour la nutrition
PRIORITE 3 : RENFORCER LE PILOTAGE DU SYSTEME DE SANTE	
3.1. RENFORCER LA GOUVERNANCE ET LEADERSHIP DU SECTEUR	3.1.1. Améliorer la coordination des acteurs de la SRMNEAN 3.1.2. Renforcer l'information sanitaire pour une meilleure information de la décision 3.1.3. Renforcer la coordination régionale et locale dans le cadre de la Décentralisation
3.2. RENFORCER LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE	3.2.1. Assurer un financement durable des interventions de SRMNEAN 3.2.2. Renforcer les actions intersectorielles en faveur de l'hygiène, assainissement, accès à l'eau potable, habitat salubre. 3.2.3. Améliorer l'enregistrement des faits d'état civil et la production des statistiques vitales

5.6. **PRIORITE 1 : AMELIORER LA COUVERTURE DES POPULATIONS CIBLES PAR LE
PAQUET INTEGRE D'INTERVENTIONS SRMNEAN A HAUT IMPACT**

5.6.1. AMELIORER L'OFFRE DE SERVICES DU PAQUET SRMNEAN A HAUT IMPACT, INTEGRE ET
DE QUALITE

5.6.1.1. **Offrir un paquet intégré d'interventions de SRMNEAN à haut impact et
adapté à chaque étape du cycle de vie**

Le paquet d'interventions SRMNEA à haut impact a été conçu sur base des objectifs :

- Apporter une réponse adéquate aux causes de mortalité et de morbidité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune :
 - ✓ Mortalité néo-natale : asphyxie, prématurité, infection
 - ✓ Mortalité post-néo-natale et infantile : diarrhée, paludisme, rougeole, méningite, pneumonie, HIV/SIDA
 - ✓ Nutrition de l'enfant : Malnutrition aigüe sévère, femme enceinte avec un IMC<17, retard de croissance due à la nutrition de la mère.
 - ✓ Mortalité maternelle : hémorragie intra-partum, complications avortement, hémorragie du post-partum, dystocie du travail, septicémie, maladies hypertensives
 - ✓ Mortalité et morbidité chez les Adolescents et jeunes :
- Lever les gaps constatés par l'analyse des performances des interventions SRMNEAN actuellement déployées
- Avoir un impact sur la réduction de la mortalité.

Les interventions sont regroupées suivant le cycle de vie en interventions ayant pour cible la mère et le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent/jeune.

Dans un même groupe cible, les interventions sont assemblées en interventions de pratique communautaire, en interventions préventives et en interventions curatives.

Tableau 9 : PAQUET D'INTERVENTIONS SRMNEA-N A HAUT IMPACT		
SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ		
Pratique communautaire	Pratique préventive	Pratique curative
<ol style="list-style-type: none"> 1. Planification familiale : distribution de contraceptifs, promotion de l'auto-injection 2. Renforcer la stratégie Aider les mères à survivre-Aider les bébés à respirer (AMS-ABR) 3. Soins de la mère et Nouveau-né à domicile 4. Pratiques de soins propres postnataux 5. Passage à l'échelle des interventions de nutrition maternelle et du Nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> ✓ La promotion de la mise au sein précoce ✓ La promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif, ✓ L'alimentation adéquate de la femme enceinte et de la femme allaitante 6. Réinsertion sociale des femmes victimes de fistule obstétricale 7. Renforcer les interventions communautaires pour les aspects d'IEC/CCC pour le dépistage du VIH et la CPN 8. Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées chez la femme enceinte 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planification familiale 2. Soins prénatals avec un accent sur la continuité de la CPN 3. Dépistage précoce des cancers du col de l'utérus et du sein 4. Prévention des fistules obstétricales en lien avec les SPN, SONU et accouchements. 5. Supplémentation en acide folique, fer, micronutriments et Calcium 6. Interventions en nutrition maternelle, y compris la surveillance de poids, avec pour porte d'entrée les soins prénatals 7. Alimentation adaptée de la femme enceinte (FE) et allaitante 8. Vaccination antitétanique 9. Traitement préventif intermittent du Paludisme chez la FE 10. Utilisation des MILDA chez la FE 11. Mise au sein précoce et clampage différé du cordon ombilical sauf complication pour les accouchements assistés 12. Promotion de la mise au sein précoce, de l'allaitement exclusif pendant les SPN, à l'accouchement assisté, CPON et CNS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer l'offre des SONUC avec un renforcement sur : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réanimation du N-N, antibiotiques aux prématurés ou rupture prématurée des membranes prolongée, méthode kangourou pour prématurées ou N-N. 2. Transfusion, l'administration parentérale d'anticonvulsifs, Corticostéroïdes en travail prématuré et l'évacuation utérine après accouchement, Prise en charge de la prééclampsie (MgSO4), Passer à l'échelle l'utilisation de la carte de Préparation à l'Accouchement et aux Urgences obstétricales et néonatales, Prise en charge des cas de sepsis maternel, audits des décès maternels et néonataux 3. Renforcement de la référence et contre référence 4. Renforcer les Soins Essentiels au Nouveau-né et les soins maternels Kangourou (SMK) et assurer le Suivi de la mise en œuvre des SENN 5. Détection précoce des handicaps 6. Accouchements assistés par du personnel qualifié 7. Soins post-natals 8. Soins après avortements 9. Prise en charge chirurgicale, psychologique et réhabilitation des Femmes victimes de fistule obstétricale 10. Prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein 11. Renforcer les activités de l'ETME du VIH : dépistage VIH en couplant le dépistage VIH à l'offre de PF, communication en faveur de la PF et dépistage VIH, supervision 12. Traitement de la malnutrition aigüe sévère (MAS) et de la malnutrition aigüe modérée chez les FE/FA

SANTÉ DE L'ENFANT		
Pratique communautaire	Pratique préventive	Pratique curative
<ol style="list-style-type: none"> Promotion des pratiques d'hygiène et assainissement : utilisation de source d'eau améliorée et de toilettes améliorées, élimination sécuritaire des selles des enfants et lavage des mains Etendre le paquet complet de la PCIME communautaire dans les régions non couvertes Passage à l'échelle d'ANJE : AME pour les moins de 6 mois et AC les 6-23 mois Mise en place des centres ruraux d'incubation de technologie alimentaire 	<ol style="list-style-type: none"> Supplément en vitamine A chez l'enfant de 6 mois ou plus Supplément en zinc Vaccination au rotavirus Vaccination /PEV Suivi et Promotion de la croissance pendant les CNS Déparasitage des enfants moins de 5 ans Utilisation de la MILDA Promotion de l'ANJE pendant les CNS et les consultations curatives infantiles utilisant le protocole PCIME 	<ol style="list-style-type: none"> PCIME-REC : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Etendre la mise en œuvre de la PCIME/ REC à 8 régions (Centre, Sahel, CN, CE, PCL, Est, BMH, Nord) ✓ Prise en charge des infections bactériennes graves chez les jeunes nourrissons malades (0-59 jours) lorsque la référence n'est pas possible. TETU Traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) et de la malnutrition aiguë modérée (MAM) chez les enfants
INTERVENTIONS SPECIFIQUES DESTINEES AUX ADOLESCENTS/JEUNES		
Pratique communautaire	Pratique préventive	Pratique curative
<ol style="list-style-type: none"> Education par les pairs pour les adolescents/jeunes Promotion de la Communication Parents-Adolescents Distribution de préservatifs Promotion de l'alimentation saine et hygiène et assainissement 	<ol style="list-style-type: none"> Promotion, chez les adolescents/jeunes, de comportements responsables et favorables à la santé. Prévention des accidents de la route Prévention contre le cancer du col de l'utérus Promotion de comportements nutritionnels sains et appropriés 	<ol style="list-style-type: none"> Accouchement assisté par un professionnel de Santé qualifié Accès des adolescentes aux soins après Avortements Accès aux soins nutritionnels et diététiques (pour les cas de problèmes)

5.6.1.2. **Augmenter la proportion des formations sanitaires du sous-secteur privé qui offrent des interventions de SRMNEA-N à travers**

- La conclusion de partenariat public-privé
- L'achat ciblé de services

5.6.1.3. **Renforcement de l'offre de services intégrés et adaptés aux besoins des adolescent(e)s/ jeunes**

- Renforcement de la communication pour le changement social, sanitaire et comportemental des adolescent(e)s/ jeunes : adoption de comportements favorables à la santé et responsables
- Renforcer la capacité et la fonctionnalité des espaces dédiées pour leur faciliter l'accès aux services adaptés : Pool SRAJ dans les établissements scolaires, Directives de santé scolaire et universitaire, Respect des standards SRAJ dans les centres d'écoute, collecte et analyse des données sur l'évolution des grossesses en milieu scolaire, ...
- Renforcer l'intégration de l'offre de services SRAJ dans le paquet d'interventions SRMNEAN ;
- Renforcer la prévention de la malnutrition (surtout en termes de surpoids/obésité) ou des pathologies liées à la nutrition
- Faire la promotion de la vaccination contre le HPV (Human Papilloma Virus)

5.6.1.4. **Améliorer la qualité de l'offre de services par le passage à l'échelle de l'approche sécurité du patient.**

- Former et mobiliser les acteurs du système de santé à s'approprier et s'engager dans la dynamique du management de la qualité des soins de SRMNEA-N
- Mettre en œuvre une démarche qualité effective, centrée sur les personnes et la sécurité des patients dans l'organisation de l'offre de soins et de services rendus de SRMNEA-N
- Offrir à la population des soins sécurisés et services de qualité en SRMNEA-N
- Respecter la conformité aux normes, aux protocoles et aux directives relatives à l'offre de prestations de SRMNEA-N
- Renforcer les activités pour contrôler les infections associées aux soins
- Protéger les utilisateurs des services de santé contre les préjudices liés aux activités de soins

5.6.2. AMELIORER L'EQUITE ET LA DEMANDE DE SERVICES SRMNEA-N A HAUT IMPACT AVEC UN RENFORCEMENT DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE ET LA REDUCTION DES BARRIERES FINANCIERES

5.6.2.1. **Renforcer l'approche communautaire pour atteindre et délivrer aux populations des zones éloignées ou d'accès difficile des interventions dont notamment**

- Soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant à domicile
- PCIME communautaire
- Distribution à domicile de médicaments, de contraceptifs, de micronutriments, de MILDA, de Vitamine A, des aliments de complément pour améliorer l'ANJE.

- Promotion des comportements favorables à l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement
 - Promotion de la nutrition maternelle et d'ANJE à travers les GASPA
- 5.6.2.2. **Renforcer la communication pour le changement pour une meilleure utilisation des SRMNEAN**
- Le renforcement des capacités de Communication pour le changement de Comportement qui doit cibler en particulier les acteurs communautaires
 - L'information pour réduire la non-demande par non-connaissance de la disponibilité et de l'intérêt des services SRMNEA-N
 - La communication pour réduire l'influence sur la demande de certaines barrières socio-culturelles : faible pouvoir de décision de la femme, influence de la famille ;
 - Le renforcement de l'Ecole des maris pour impliquer les hommes dans la SRMNEA dans le but d'améliorer l'accessibilité socioculturelle et le changement de comportement (focus-group, visites à domicile, causeries communautaires, projection de film et mass-média).
- 5.6.2.3. **Réduire les barrières financières à l'accès aux services de SRMNEA-N**
- Soutenir les mesures de gratuité pour favoriser l'accès aux services essentiels de SRMNEAN des populations vulnérables qui couvre les SONU y compris la Césarienne, la CPN, les soins à la femme enceinte et aux enfants de moins de 5 ans, la transfusion Sanguine, la prise en charge de la Tuberculose, Paludisme et VIH-SIDA, la planification familiale.
 - Réduire progressivement la part des ménages et les paiements directs dans les dépenses de santé grâce au relai par l'AMU.
 - ✓ Renforcer la communication au sujet de l'AMU
 - ✓ Créer un environnement favorable pour amener le secteur informel à adhérer plus aux mécanismes de partage du risque maladie
 - ✓ Créer un environnement favorable à la fédération des mutuelles communautaires.

5.7. PRIORITE 2 : RENFORCER LES PILIERS DU SYSTEME DE SANTE EN APPUI A L'OFFRE DE SRMNEAN

5.7.1. ASSURER LA DISPONIBILITE D'UN PERSONNEL OPERATIONNEL, COMPETENT, MOTIVE ET FORME NOTAMMENT A TRAVERS LE COACHING, LE MENTORAT, ...

5.7.1.1. Organiser des formations spécifiques de mise à niveau dans les domaines actuellement déficitaires :

- **Assurer la formation des acteurs de pratique communautaire en ou sur**
 - i. Surveillance des décès maternels et néonataux et riposte (SDMNR) ;
 - ii. IEC/CCC sur les avantages de la Consultation Post Natale et de la consultation du nourrisson sain ;
 - iii. Offre des méthodes contraceptives injectables et l'initiation à la pilule contraceptive ;
 - iv. Référentiel national d'accompagnement communautaire,

- v. Méthodes contraceptives de longues durées d'action,
- vi. PCIME Communautaire,
- vii. Soins du nouveau-né à domicile,
- viii. Prise en charge des infections bactériennes graves chez les jeunes nourrissons malades (0-59 jours) lorsque la référence n'est pas possible
- ix. Communication pour le changement de comportement en directions des adolescents/jeunes.

5.7.1.2. Assurer la formation des prestataires du paquet de services préventifs et curatifs en ou sur

- i. SONUB et SONUC avec accent sur l'utilisation de la ventouse,
- ii. Soins après avortement,
- iii. Mentorat
- iv. Soins Prénatals selon les nouvelles recommandations de l'OMS,
- v. Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et du sein,
- vi. Surveillance des décès maternels et néonataux et riposte (SDMNR),
- vii. Planification familiale (PF Clinique, Compétences pédagogiques),
- viii. Conduite des audits de décès maternels et néonataux en communauté,
- ix. Santé reproductive des adolescents/jeunes
- x. PCIME-REC et TETU,
- xi. Prise en charge de la malnutrition aiguë et des complications.
- xii. ETME : PTME y compris la DBS (prélèvement sur papier buvard) et le dépistage combine syphilis/VIH, sur la gestion des intrants ETME,
- xiii. Sécurisation de la logistique des intrants SRMNEAN : utilisation du logiciel ENDOS, en quantification y compris l'utilisation de l'outil Pipeline des produits de la Planification familiale, suivi de la logistique contraceptive, logiciel Channel
- xiv. Concepts AMS/ABR et Soins compatissants pour 65 formateurs régionaux
- xv. Chirurgie essentielle de District sanitaire pour les équipes de district (médecins généralistes, techniciens anesthésistes et infirmiers de bloc opératoire et
- xvi. Chirurgie de la fistule obstétricale pour les équipes de 4 CHR

5.7.1.3. Intégrer dans les curricula de formation initiale les compétences pour l'offre de services SRMNEA de qualité

- i. Adapter les outils de formation PCIME-REC et l'outil ICATT
- ii. Former les formateurs
- iii. Intégrer la PCIME-REC, la SDMNR dans la formation initiale délivrée par les établissements publics et privés (Ecoles de santé, Facultés de médecine)

5.7.1.4. Assurer une distribution équitable des ressources humaines

- i. Redéployer le personnel excédentaire (par rapport aux normes) de certains districts vers les districts déficitaires.
- ii. Stabiliser le personnel en poste par une réduction du rythme des rotations et par une motivation spécifique pour ceux affectés dans des postes difficiles.

5.7.2. ASSURER LA DISPONIBILITE D'EQUIPEMENTS ET LOGISTIQUE POUR L'OFFRE DES SERVICES DE SRMNEA

- 5.7.2.1. **Améliorer la couverture par le réseau d'infrastructures, les équipements**
 - i. Aménagement dans chaque CMA, chaque maternité d'un espace dédié à la prise en charge du nouveau-né
 - ii. Amélioration de la capacité en lits de maternité : achat de 10 005 lits de maternité
- 5.7.2.2. **Améliorer le système de référence-recours**
 - i. Amélioration des moyens de communication (téléphonie, phonie)
 - ii. Amélioration des moyens de transport par l'acquisition de 300 ambulances
 - iii. Améliorer les espaces de prise en charge du nouveau-né

5.7.3. ASSURER LA DISPONIBILITE CONTINUE DES INTRANTS DE SRMNEA

- 5.7.3.1. **Assurer la disponibilité continue du matériel de communication et de démonstration :**
 - i. Matériel de sonorisation et de projection,
 - ii. Planches, boîtes à images, affiches, dépliants
 - iii. Modèles anatomiques et films.
- 5.7.3.2. **Assurer la disponibilité continue du matériel médico-technique et les médicaments pour la SRMNEA** avec une attention particulière pour les items suivants :
 - i. SPN : toises, balances
 - ii. SONU : Boîtes d'accouchements, Ventouses, Poupinel, Equipements de réanimation (aspirateurs, concentrateurs d'oxygène, ballon de ventilation, oxymètre de pouls, tensiomètre pédiatrique, boîtes de césarienne, produits vitaux de santé maternelle : ocytocine, sulfate de magnésium, gluconate de calcium)
 - iii. SAA : Seringues d'aspiration manuelle intra-utérine, Misoprostol
 - iv. PF : Produits contraceptifs, Kits d'insertion et de retrait des DIU, implants et autres produits SR/PF
 - v. PCIME : Médicaments et matériel de communication
 - vi. ETME : Intrants pour le dépistage, les ARV pédiatriques, les ARV maternels
- 5.7.3.3. **Assurer la disponibilité continue des intrants pour la nutrition :**
 - i. Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi,
 - ii. Vitamines A, Calcium
 - iii. Fer et Acide folique,
 - iv. Consommables,
 - v. Farines enrichies.

5.8. PRIORITE 3 : RENFORCER LE PILOTAGE DU SYSTEME DE SANTE

5.8.1. RENFORCER LA GOUVERNANCE ET LE LEADERSHIP DU SECTEUR

- 5.8.1.1. **Améliorer la coordination des acteurs de la SRMNEA-N**
 - i. Actualiser régulièrement la cartographie des intervenants
 - ii. Inciter les acteurs de mise en œuvre à se regrouper en entité plus robuste et plus opérationnelles
 - iii. Instaurer la culture du résultat
- 5.8.1.2. **Renforcer l'information sanitaire pour une meilleure information de la décision**

- i. Construire une base de données des résultats des audits des audits de décès maternels et néo-natals
 - ii. Introduire dans le SNIS les indicateurs relatifs à la SRAJ et à la nutrition ;
 - iii. Assurer la revue périodique de progrès au niveau des DS et des DRS pour une utilisation des données de SNIS ;
 - iv. Réaliser des études nationales de type coût efficacité sur les investissements en SRMNEA pour capitaliser l'expérience
 - v. Planifier les enquêtes nationales (EDS, MICS, ...) pour avoir les résultats avant les grandes échéances d'évaluation et de planification stratégique.
 - vi. Mettre en place un comité d'experts (Scientifiques, Statisticiens, Démographes, Financiers) chargé d'analyser et valider les différentes données sanitaires disponibles et d'informer les décideurs sur les grandes tendances.
- 5.8.1.3. **Renforcer la coordination régionale et locale dans le cadre de la Décentralisation**
- i. Au niveau opérationnel, renforcer la coordination des acteurs de mise en œuvre : acteurs communautaires, la société civile, le secteur privé et les prestataires des Formations sanitaires publiques.
 - ii. Renforcer la coordination des Partenaires Techniques et Financiers
 - iii. Planification opérationnelle basée plus sur les résultats que sur les processus
 - iv. Mobiliser les ressources locales
- 5.8.2. RENFORCER LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE POUR CONSOLIDER CERTAINES ACTIONS INTERSECTORIELLES COMME L'ECSV OU POUR MIEUX AGIR SUR LES DETERMINANTS DE LA SANTE
- 5.8.2.1. **Assurer un financement durable des interventions de SRMNEA-N ;**
- i. Activer la mise en place de l'AMU
 - ii. Activer des sources innovantes de financement
 - iii. Renforcer la mobilisation de ressources internes y compris du secteur privé
 - iv. Améliorer le niveau de mobilisation du financement extérieur à travers une plus grande transparence dans la gestion, des mécanismes de financement basés sur le résultat et une plus grande redevabilité.
 - v. Augmenter le Pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé pour aller vers la cible de 15% (PNDS 2011-2020).
 - vi. Améliorer la capacité d'absorption
- 5.8.2.2. **Renforcer les actions intersectorielles en faveur de l'hygiène, assainissement, accès à l'eau potable, habitat salubre et l'alimentation**
- i. Renforcer les activités WASH
 - ii. Mettre en place un centre d'incubation de technologie alimentaire en milieu rural.
 - iii. Former dans chaque zone rurale les femmes à la production d'un produit local de bonne valeur nutritive.
- 5.8.2.3. **Améliorer les enregistrements d'Etat civil et production des statistiques Vitales**
- i. Réaliser un audit sur l'informatisation des centres principaux d'état civil
 - ii. Numériser et saisir les antériorités des communes ;
 - iii. Renforcer la capacité des centres d'enregistrement de l'EC :

- ✓ Recruter au moins 500 agents de l'état civil ;
 - ✓ Acquisition d'intrants : fournitures de bureau, des registres et imprimés au profit de toutes les structures des centres d'état civil dans les 13 régions
 - ✓ Modernisation de l'outil informatique : Acquisition des logiciels d'archivage et de gestion électronique des données (SAE) et GED
 - ✓ Assurer la maintenance des équipements informatiques dans les régions
- iv. Mettre en réseau les centres principaux d'état civil, ONI, INSD, CIL, MATDSI, MJDHPC, MAECBE, CENI, MS, TGI, Régions, Communes (bureaux domaniaux et Service Foncier Rural)
 - v. Mettre en application le Système Intégré de Gestion de l'Etat Civil (SIGEC) et le Système Intégré de Gestion de l'Identifiant Electronique de la Personne (SIGIEP) et l'enregistrement des actes d'EC par les TIC
 - vi. Impliquer les responsables et les leaders coutumiers et religieux dans la mobilisation des populations pour l'enregistrement des faits d'état civil ;
 - vii. Enregistrer les faits d'état civil via les bureaux mobiles ;
 - viii. Assurer la subvention totale des deux (02) premiers extraits d'acte de naissance
 - ix. Assurer la promotion de l'utilisation des services d'état civil et statistiques vitales
 - x. Amélioration du cadre juridique, institutionnel et fonctionnel de la DGMEC
 - xi. Organiser les audiences foraines.

6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

6.1. CADRE INSTITUTIONNEL

6.1.1. Coordination et pilotage

Le Cadre Sectoriel de Dialogue (CSD) est la plateforme globale qui sert d'interface entre le Burkina Faso et le Global Financing Facilities (GFF). A ce titre le CSD est en charge du pilotage politique et stratégique des principales étapes du Dossier d'Investissement en SRMNEAN : Elaboration du document de stratégie, mobilisation des ressources, mises en œuvre et suivi-évaluation-redevabilité.

Le CSD assurera (i) la définition des priorités en matière de SRMNEAN et ECSV, (ii) la coordination des interventions et des acteurs, (iii) la mobilisation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre, (iii) la collaboration intersectorielle pour agir sur les principaux déterminants de la santé et (iv) la vérification et l'analyse des résultats pour prendre les mesures correctives nécessaires dans le cadre de la redevabilité.

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

6.1.2. Acteurs de mise en œuvre, niveaux, rôles et responsabilités

6.1.2.1. Niveau central

Cabinet du Ministre et directions centrales

Le niveau central est le lieu de définition des politiques et stratégies. Il devra jouer son rôle dans ce dossier d'investissement dans (i) la coordination du système de santé et des différents acteurs de mise en œuvre, (ii) l'organisation des services, (iii) l'élaboration et la diffusion des directives, des documents normatifs notamment dans l'application de la démarche qualité, (iv) la gestion des ressources humaines, matérielles et financières en veillant à leur répartition et leur utilisation équitables, (v) l'évaluation des résultats dans une perspective d'amélioration de la performance.

L'équipe fonctionnelle 7 a été retenue pour être la plateforme technique en charge de conduire le processus l'élaboration du dossier d'investissement suivant une feuille de route consensuelle aura pour rôle de (i) animer la mise en œuvre, (ii) assurer le suivi de la mise en œuvre, (iii) donner les avis techniques nécessaires au pilotage et (iv) organiser la réalisation d'études et autres exercices périodiques d'évaluation pour évaluer les résultats et capitaliser l'expérience.

6.1.2.2. Niveau régional

Le niveau régional s'appuiera sur les Comités Régionaux de suivi du PNDS présidés par les gouverneurs de régions et sur la direction régionale de la santé.

Les Comités Régionaux de Dialogue auront pour rôle de (i) Valider les plans opérationnels pour la mise en œuvre du Dossier d'Investissement, (ii) Analyser les rapports de progrès, (iii) Participer aux missions de sorties conjointes du niveau central et (iv) Intégrer les interventions de SRMNEAN et ECSV au niveau des collectivités territoriales.

Les directions régionales de la santé auront pour rôle de (i) Coordonner les interventions des différents acteurs de santé au niveau régional, (ii) Evaluer la performance des équipes cadres de district dans la mise en œuvre du DI, (iii) Elaborer les rapports de progrès et les bilans des plans d'action, (iv) Suivre la mobilisation des financements, (v) Participer à la réalisation des audits, (vi) Contribuer à la réalisation des évaluations et (vii) Fournir des informations permettant de renseigner les indicateurs de suivi du DI.

6.1.2.3. Au niveau opérationnel

L'Equipe Cadre de District

Les conseils de santé de districts auront pour rôle de coordonner les acteurs au niveau opérationnel, de valider les plans opérationnels et d'analyser les rapports de progrès.

L'équipe cadre de district, sous la responsabilité du Médecin-Chef, est chargée de (i) Elaborer les plans opérationnels, (ii) Elaborer les rapports de progrès et les bilans des plans d'action, (iii) Participer à la réalisation des audits et des évaluations, (iv) Fournir des informations permettant de renseigner les indicateurs de suivi du DI.

Les acteurs communautaires auront pour rôle de

Les acteurs communautaires auront pour rôle (i) d'améliorer la couverture en interventions SRMNEA-N, de la pratique communautaire, pour les populations éloignées ou d'accès difficiles, (ii) de promouvoir les comportements favorables à la santé par la levée de pesanteurs socio-culturelles et (iii) d'améliorer la demande et l'utilisation de services SRMNEA par l'information.

Le secteur privé

La contribution actuelle du secteur privé médical peut être un des leviers pour accroître la couverture de la population en interventions de SRMNEA-N. Un certain nombre de cadres pourraient être mieux exploités comme le conventionnement, la contractualisation ou l'achat stratégique.

Cette contribution, pour être efficace, le sous/secteur suggère (i) une harmonisation des établissements sanitaires privés par le conventionnement, (ii) un soutien négociable avec le gouvernement sous forme d'un allègement de la fiscalité et des impôts reconvertis en investissement pour l'élévation du plateau technique des établissements sanitaires privés ou d'aide sous forme d'un soutien comme à d'autres secteurs sociaux comme la presse privée, l'éducation.

Le secteur privé non-médical peut contribuer au financement du DI à travers la participation dans les mécanismes de partage de risque maladie et l'investissement dans le secteur santé, Le secteur privé non santé et même sanitaire pourrait participer à la sécurisation des financements et à la mobilisation des ressources internes à travers des mécanismes innovants.

Les modalités pour les encourager, comme la création d'un environnement des affaires favorable, des réformes fiscales en faveur des donations et un appui-accompagnement conséquent au secteur privé, sont à discuter avec le Gouvernement

La société civile

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

Les partenaires techniques et financiers

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

ETAT CIVIL ET STATISTIQUES VITALES

Niveau central

Le Ministère de l'administration territoriale, de la décentralisation et de la sécurité intérieure assure (i) la tutelle des collectivités territoriales, (ii) la formation des agents des services de l'état civil, (iii) la responsabilité administrative de l'organisation du système de l'état civil. Le Ministère en charge de la justice veille au respect des procédures et à la légalité des actes délivrés.

Le Ministère en charge des affaires étrangères s'occupe de l'état civil des burkinabè de l'extérieur, à travers les représentations diplomatiques et consulaires territorialement compétents.

Le Ministère en charge de la santé a la responsabilité de la délivrance des attestations de naissance et de décès survenus dans les formations sanitaires publiques et privées.

Le ministère en charge des finances a la responsabilité sur la question des statistiques nationales à travers l'INSD.

Au niveau opérationnel

Les centres désignés comme Centres principaux sont situés aux sièges des communes et des arrondissements et des missions diplomatiques et consulaires. Le Maire ou le Chef de mission diplomatique ou consulaires jouent le rôle d'Officier d'état civil et la tenue du registre des naissances, du registre des mariages, du registre des décès et du registre des actes divers (certificat de vie, certificat de résidence, certificat de non remariage etc.) sont sous leur responsabilité.

Les centres secondaires rattachés au centre principal de la commune dont ils relèvent sont situés dans les villages, les secteurs des villes et auprès des formations sanitaires et ont la responsabilité de la tenue du registre des naissances et du registre des décès.

Les tribunaux départementaux et d'arrondissements dans l'organisation judiciaire interviennent dans les mêmes matières que celles des centres d'état civil.

6.1.3. L'exécution technique et financière

6.1.3.1. Planification

La planification pour la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néo-natale, infanto-juvénile et de l'adolescent/jeunes sera basée sur l'approche Gestion axée sur les résultats (GAR) et se fera à travers essentiellement deux outils de planification adoptés par le secteur santé au Burkina à savoir (i) la planification triennale glissante et (ii) les plans annuels d'action à tous les niveaux, les projets d'établissement des hôpitaux.

6.1.3.2. Exécution technique

Les responsables techniques aux différents niveaux vérifient l'alignement des plans opérationnels sur la stratégie, identifient les progrès et les goulots d'étranglement dans l'exécution des activités dans un rapport qui sera présenté au CSD.

Les équipes cadre de district coordonnent mensuellement avec les collectivités locales et les acteurs communautaires, la répartition des tâches logistiques, de gestion de personnel, de financement.

6.1.3.3. Exécution financière

L'exécution financière du DI passera par les canaux qui sont actuellement en place et utilisés par les acteurs qui interviennent dans le financement du secteur de la santé.

Budget de l'Etat

L'apport du budget de l'état sera exécuté, sous la responsabilité des responsables des programmes du Ministère de la Santé, à travers la Direction Administrative et financière.

L'Appui budgétaire sectoriel (ABS)

Les contributions sous forme d'appui budgétaire sectoriel seront exécutées à travers les mêmes canaux que le budget de l'Etat.

Le Panier commun

Un certain nombre de bailleurs de fond soutiennent le Fonds ou Panier commun et leur contribution sera exécutée à travers le PADS.

Projets et programmes

Certaines contributions seront directement canalisées à travers les budgets des projets et programmes.

Le Financement base sur les résultats (FBR)

Le FBR, initiée en 2011 par la Banque mondiale couvre 19 districts sanitaires dans six régions et 4 Hôpitaux régionaux, avec pour objectif de couvrir à moins terme 40% des districts. Il est basé sur le principe de l'achat des soins et des services de santé.

L'achat stratégique

L'achat stratégique des soins et services de santé est en passe de devenir à court termes le mode de financement qui sera utilisé dans environ 40% des districts où il sera mis en cohérence avec la gratuité des soins pour certains groupes cibles.

Dans le contexte décrit plus haut, avec 6 modalités de financement, une réflexion stratégique s'avère nécessaire pour déterminer un mode ou des modes de financement le ou les plus appropriés pour l'exécution du financement mobilisé dans le cadre du dossier d'investissement.

Encadré 1 : L'ACHAT STRATEGIQUE

Le but de l'achat stratégique est que les ressources du secteur de la santé sont allouées et gérées de façon efficiente, transparente et équitable sur base contractuelle afin de produire, les soins et services de santé souhaités et nécessaires à chaque bénéficiaire sans aucune discrimination en vue de l'atteinte de couverture sanitaire universelle.

L'achat stratégique des soins et services de santé consiste à allouer des ressources (financières ou non) à une structure proportionnellement à des résultats quantité (allocation faite après vérification de la quantité des résultats produits par le prestataire) et/ou qualité produits (montant à allouer au prestataire est proportionnel au score global de qualité obtenu à la suite d'une évaluation) selon les canaux de financement et les objectifs visés, sur la base d'un contrat.

L'achat stratégique se fonde sur un certain nombre de principes directeurs, la contractualisation, la responsabilisation des parties prenantes, la redevabilité, l'autonomie de gestion des prestataires, la séparation des fonctions, la participation communautaire, l'utilisation de données probantes.

Toutes les formations sanitaires publiques sont d'office concernées par l'achat stratégique des soins et services de santé et l'inclusion des formations sanitaires privées se fera de commun accord avec l'acheteur.

Les structures nationales de régulation au niveau central (Directions générales, Directions techniques, Directions de programmes, institutions spécialisées, sociétés d'Etat) et au niveau déconcentré (DRS, ECD) peuvent bénéficier recevoir d'allocations de ressources de fonctionnement sur le mode achat stratégique.

L'achat stratégique se fait au niveau communautaire à travers les ASBC, les mutuelles sociales, les COGES sur la base des paquets d'activités définies par le ministère de santé.

L'achat stratégique couvre les prestations de soins et les autres services de santé.

L'instance de pilotage est le CSD et les instances de mise en œuvre comprennent au niveau central la Cellule Technique National de l'Achat Stratégique (CTN-AS), au niveau régional le CRD et au niveau opérationnel l'ECD.

6.1.4. Le Suivi-évaluation

6.1.4.1. Les organes Impliqués dans le suivi-évaluation

Le CSD, interface stratégique du GFF, aura pour rôle de suivre les progrès réalisés grâce à la mise en œuvre des activités financés dans le cadre du DI en SRMNEA, d'identifier les gaps de performance, de prendre les mesures correctives éventuels et de rendre compte.

L'équipe fonctionnelle 7 est chargée d'animer la mise en œuvre, d'assurer le suivi de la mise en œuvre des activités. A ce titre, l'EF7 produira les rapports annuels de progrès à soumettre au CSD. L'EF7 prendra l'initiative d'organiser et pilotera les exercices d'évaluation à mi-parcours (2021) et terminal (2023).

LES CRS/PNDS assureront le suivi des progrès au niveau régional, prendra les mesures correctives nécessaires et rendra compte au niveau national.

Le conseil de santé du district (CSD) assurera le suivi des progrès au niveau du district, prendront les mesures correctives nécessaires et rendra compte au niveau régional.

Les Directions techniques produiront régulièrement les rapports sur le niveau de mise en œuvre des activités et de réalisation des objectifs, prépareront les rapports annuels de progrès.

La Direction en charge du SNIS aura pour rôle de coordonner la production et la validation de l'information sanitaire, de centraliser, traiter et diffuser les données du système de routine, de veiller à la qualité des données produites à tous les niveaux du système de santé et de veiller à la disponibilité, dans les délais, des données pour alimenter le cadre de suivi-évaluation

La Direction de l'Administration et des finances (DAF) produira régulièrement la situation d'exécution du budget du DI en SRMNEAN-ECSV et des rapports de gestion des ressources financières et matérielles à l'intention du CSD.

Les acteurs du privé médical, des ONG et associations, des agents de santé communautaire fourniront les informations permettant de renseigner les indicateurs de suivi et contribueront au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des activités du DI en SRMNEAN-ECSV.

6.1.4.2. Les exercices d'évaluation

Les sorties conjointes pour conforter l'information transmise à travers les rapports ou les indicateurs de performance

L'EF 7 organisera au moins deux sessions de travail par an pour suivre la mise en œuvre du DI en SRMNEAN-ECSV.

La revue sectorielle annuelle permettra, chaque année, d'analyser les performances et d'identifier les goulots d'étranglements ayant empêché l'atteinte des objectifs.

Une évaluation indépendante sera réalisée à **mi-parcours** pour identifier les progrès réalisés et formuler les recommandations pour améliorer les performances.

Une évaluation finale indépendante sera réalisée en 2023 pour évaluer le niveau d'atteinte des objectifs et résultats attendus.

6.1.4.3. Les indicateurs clés

Le cadre de suivi-évaluation, repris dans l'annexe 3, comprend :

Cinq indicateurs d'impact dont l'évaluation sera faite en 2022 grâce à une enquête de type EDS ou EMDS.

Vingt-neuf indicateurs de résultats qui seront évalués chaque année à travers les annuaires statistiques du Ministère de la santé.

7. BUDGETISATION

7.1. METHODOLOGIE D'ESTIMATION DES COÛTS DU PLAN

Les outils utilisés pour collecter et calculer les informations sur les coûts sont l'outil ONEHEALTH (OHT) et le tableur Excel personnalisés. L'outil ONEHEALTH a été utilisé pour le costing des interventions retenues dans le plan ; le tableur Excel a servi pour le traitement des informations relatives aux activités avant leur prise en compte dans l'outil. Il a aussi servi pour le traitement final des éléments de coût.

7.1.1. Costing des coûts des interventions

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

L'information sur les modalités de mise en œuvre de chaque intervention a été recueillie auprès des points focaux et au sein des partenaires techniques et financements. Les coûts des intrants ont été obtenus à partir des prix du marché, de l'information disponible dans les bases de données d'approvisionnement du système des nations unies et des enquêtes.

7.1.2. Limites des méthodes utilisées

Les estimations de coûts présentées dans cette étude dépendent fortement des hypothèses faites et de la couverture actuelle des interventions. En outre, la méthodologie utilisée comporte un certain nombre de limites qui affectent principalement la façon dont les coûts ont été calculés. Quant à l'outil ONEHEALTH, une de ses limites est sa forte dépendance de la complétude et de la fiabilité des données qui lui sont intégrées, ce qui justifie d'autant plus la nécessité de disposer d'informations pertinentes et de qualité.

Les indicateurs d'impacts de base notamment les taux de mortalité maternelle, néonatal, infanto-juvénile sont ceux issus de l'Enquête de Module, de Démographie et de santé (EMDS) réalisée en 2015. C'est la dernière enquête nationale disponible qui a été exploitée pour les besoins du présent costing.

7.2. RESULTATS OBTENUS

7.2.1. Estimation du budget

Les coûts prévisionnels de mise en œuvre du plan d'investissement SRMNEAN ont été estimés annuellement et présentés par programme, par priorité et par niveau administratif. Ce budget prend en compte l'estimation des ressources nécessaires pour la réduction des mortalités

spécifiques. Aussi, les coûts des interventions des différents programmes de santé, intervenant dans l'amélioration de la santé de la mère, des enfants et des adolescents ont été pris en compte dans leurs volets « interventions ».

Tableau 10 : Coût estimatif par Scénario

SCENARIO	COUT EN CFA	COUT EN USD
Minimum	608 597 362 548	1 067 714 671
Moyen	800 301 313 023	1 404 037 391
Maximum	1 357 010 339 768	2 380 719 894

Le scénario minimum repose sur le maintien des acquis en matière de couvertures des interventions avec une légère augmentation de l'ordre de 5% sur les couvertures.

Le scénario moyen repose sur les couvertures attendues du plan SRMNEAN.

Le scénario maximum repose sur les objectifs fixés du PNDS.

De l'analyse des différents scénarii, l'option du scénario minimum serait le fait des contraintes conjoncturelles ou tout est au ralenti. Quant au scénario moyen ou tendanciel, il offre des possibilités de mobilisations de ressources plus réalistes. Cependant, l'objectif fixé dans le PNDS ne sera pas atteint. Le scénario maximum est celui qui est idéal mais demande plus de ressources. Il est souvent retenu dans le cas où le pays regorge des ressources extraordinaires. Le scénario moyen ou tendanciel serait donc le meilleur choix pour l'atteinte des objectifs.

7.2.2. Estimation du budget par programme

Ainsi, selon le scénario dit moyen, le coût du programme " Santé de la mère et du nouveau-né" représente 31% du financement total, le programme "santé infanto-juvénile" représente 29%, celui des "interventions transversales" présente 24%. Les programmes " nutrition, état civil et santé des adolescents et jeunes " occupent respectivement 14%, 2% et 1% du financement total. (Cf. graphique ci-dessous). Il n'a pas été pris en compte dans ce dossier d'investissement, les constructions d'infrastructures sanitaires et administratives.

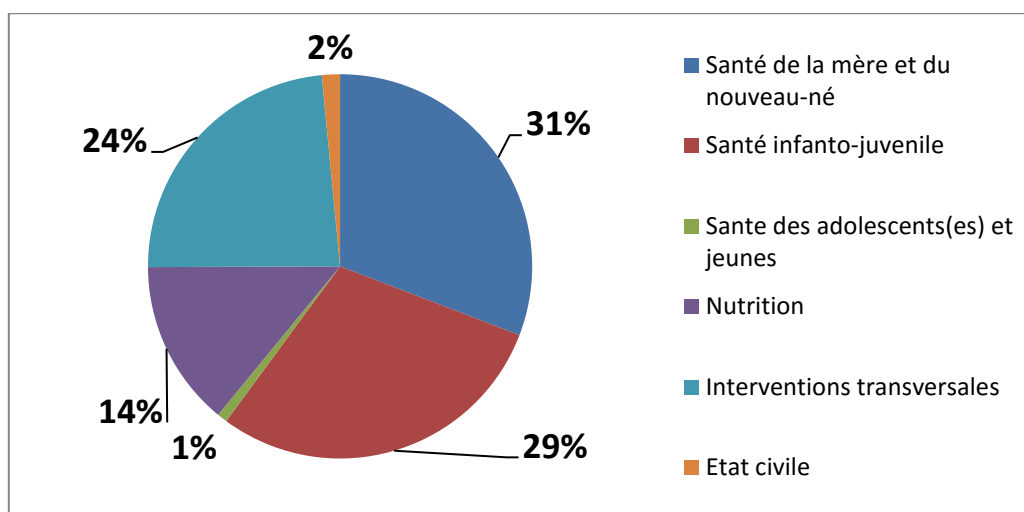


Figure 32 : Répartition du budget estimatif par programme

7.2.3. Estimation du budget par niveau de la pyramide sanitaire

La ventilation du budget par niveau de la pyramide sanitaire montre que 53% des financements sont orientés vers le niveau opérationnel (District sanitaire), 20% vers le niveau intermédiaire et 27% du financement vers le niveau central. Le financement au niveau district prend en compte les activités des structures sanitaires et aussi la pratique communautaire.

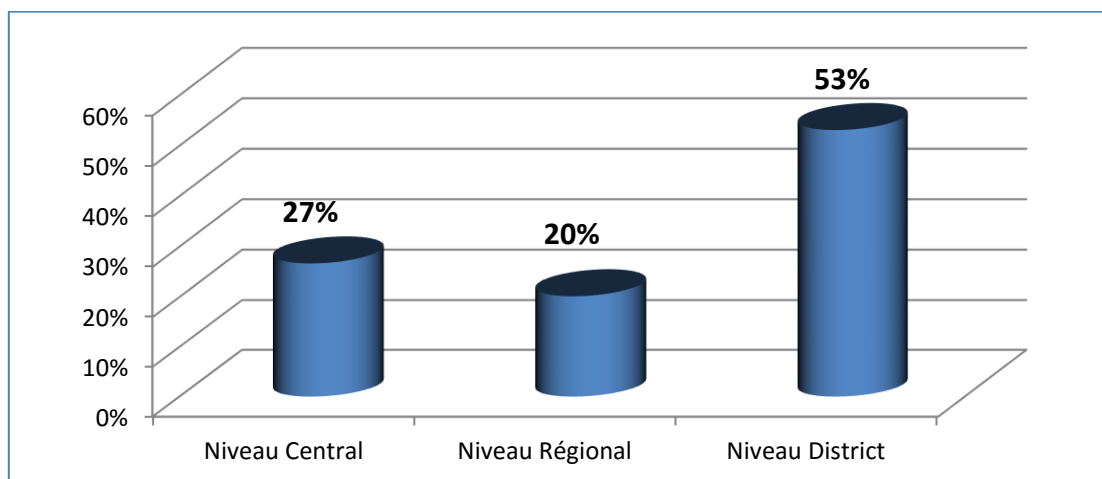


Figure 33 : Répartition du budget estimatif par niveau administratif

Les tableaux ci-après présentent le budget annuel par scénario et par programme.

Tableau 11 : Budget estimatif annuel par programme en FCFA_ Scénario minimum

Programmes	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
Santé de la mère et du nouveau-né	46 268 980 591	44 350 295 536	43 238 112 523	47 371 519 012	43 550 681 825	224 779 589 488	37%
Santé infanto-juvénile	45 968 927 458	42 317 335 925	42 676 124 545	48 235 285 523	44 269 207 691	223 466 881 142	37%
Santé des adolescents(es) et jeunes	884 334 451	834 775 859	921 401 400	873 472 091	958 304 920	4 472 288 721	1%
Nutrition	25 592 185 732	26 897 573 045	26 755 868 687	25 944 523 781	25 292 160 869	130 482 312 113	21%
Interventions transversales	2 530 873 822	1 907 959 819	1 878 559 814	1 878 559 814	1 878 559 814	10 074 513 083	2%
Etat civile	2 126 778 000	3 714 500 000	3 397 500 000	3 041 500 000	3 041 500 000	15 321 778 000	3%
Total	123 372 080 054	120 022 440 183	118 867 566 970	127 344 860 222	118 990 415 119	608 597 362 548	100%

Tableau 12 : Budget estimatif annuel par programme en FCFA_ Scénario moyen

Programmes	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
Santé de la mère et du nouveau-né	45 264 180 250	46 635 136 800	48 554 629 840	53 209 690 305	52 989 227 478	246 652 864 674	31%
Santé infanto-juvénile	43 002 439 900	44 304 893 105	46 128 473 774	50 550 932 256	50 341 485 417	234 328 224 453	29%
Santé des adolescents(es) et jeunes	1 248 363 180	1 286 173 468	1 339 112 114	1 467 496 326	1 461 416 073	6 802 561 161	1%
Nutrition	20 546 589 283	21 168 902 136	22 040 209 976	24 153 263 056	24 053 189 241	111 962 153 692	14%
Interventions transversales	34 572 316 778	35 619 439 334	37 085 528 437	40 641 015 892	40 472 628 645	188 390 929 086	24%
Etat civile	2 232 367 099	2 299 980 790	2 394 647 546	2 624 228 724	2 613 355 800	12 164 579 958	2%
Total	146 866 256 489	151 314 525 633	157 542 601 688	172 646 626 558	171 931 302 653	800 301 313 023	100%

Tableau 13 : Budget estimatif annuel par programme en FCFA_ Scénario maximum

Programmes	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
Santé de la mère et du nouveau-né	65 846 646 018	73 014 646 758	76 554 977 264	81 727 478 073	87 838 503 479	384 982 251 592	28%
Santé infanto-juvénile	47 093 168 014	56 286 309 121	63 184 831 273	71 952 318 429	79 744 468 238	318 261 095 074	23%
Santé des adolescents(es) et jeunes	51 417 704 681	54 093 085 592	56 979 685 307	59 801 996 859	62 824 222 529	285 116 694 968	21%
Nutrition	63 057 297 483	66 738 159 989	69 167 488 346	71 061 298 110	73 229 763 122	343 254 007 050	25%
Interventions transversales	2 530 873 822	1 907 959 819	1 878 559 814	1 878 559 814	1 878 559 814	10 074 513 083	1%
Etat civile	2 126 778 000	3 714 500 000	3 397 500 000	3 041 500 000	3 041 500 000	15 321 778 000	1%
Total	232 072 468 017	255 754 661 279	271 163 042 003	289 463 151 285	308 557 017 182	1 357 010 339 768	100%

7.3. ESTIMATION DES REDUCTIONS DE LA MORTALITE (SCENARIO MOYEN)

A partir des données de base saisies dans l'outil et des projections de couverture attendues, l'outil permet d'une part, de ressortir les impacts de réduction de la mortalité (néonatale, infantile, maternelle) attendus et d'autre part, de déterminer des coûts liés aux objectifs de couverture fixés.

L'impact de la mise en œuvre des interventions proposées dans le plan sera la réduction du taux de mortalité néonatale, du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et du ratio de mortalité maternelle.

7.3.1. Mortalité néonatale et vies additionnelles sauvées

Selon les résultats de l'Enquête de module, de démographie et de santé (EMDS) réalisée en 2015, le Burkina Faso a un taux de mortalité néonatale estimé à 23,2 pour 1000 naissances vivantes.

Au regard des projections de couvertures attendues et des interventions à mettre en œuvre, le taux de mortalité néonatal passera de 23,2 pour 1000 NV à 16,13 pour 1000 NV en 2023.

Les projections de couverture faites à partir de l'outil Onehealth montrent que le nombre total de décès de cette tranche d'âge entre 2019 et 2023 serait estimé à 75 712. Les interventions à mettre en œuvre permettront d'éviter 19 379 décès additionnels (26%).

7.3.2. Mortalité des enfants de moins de 5 ans et vies additionnelles sauvées

Selon les résultats de l'EMDS 2015, le taux de mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso, est estimé à 81,6 pour mille naissances vivantes. Ce taux est estimé 49,61 pour mille NV en 2023.

Les projections de couverture faites à partir de l'outil Onehealth montrent que le nombre total de décès de cette tranche d'âge entre 2019 et 2023 serait estimé à 222 399. Les interventions à mettre en œuvre permettront d'éviter 86 523 décès additionnels (39%).

7.3.3. Mortalité maternelle et vies additionnelles sauvées

Quant au ratio de mortalité maternelle, il est estimé à 330 décès pour 100 000 naissances vivantes selon la même enquête. Il est estimé à 265,37 décès pour 100 000 NV en 2023. Les estimations réalisées par l'outil Onehealth montrent qu'entre la période 2019-2023, le nombre total de décès maternels se situerait 11 665 femmes. Cependant, les différentes interventions à mettre en œuvre permettront d'éviter 1 860 décès soit 16%.

Tableau 14 : Evolution des vies sauvées du scénario moyen

Vie additionnelles sauvées	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	TOTAL
Vies additionnelles sauvées de nouveaux nés	1 573	2 691	3 845	5 094	6 176	19 379
Vies additionnelles sauvées d'enfants de moins de 5 ans	12 992	15 347	17 479	19 525	21 180	86 523
Vies additionnelles sauvées de mères	187	276	366	467	564	1 860

7.3.4. Synthèse de la réduction annuelle des taux de mortalité

Si les efforts sont maintenus et que les actions proposées à mettre en œuvre dans le plan sont effectives, le Burkina Faso pourrait atteindre ses objectifs à la fin de la mise en œuvre du plan en 2023.

Les résultats du scénario minimum ne sont pas satisfaisants car comme son nom l'indique, peu d'effort est fourni pour l'atteinte des objectifs. Par contre, le scénario maximum où les moyens sont suffisamment déployés, les objectifs sont plus ou moins proches des cibles du PNDS. Quant au scénario moyen ou tendanciel, les objectifs sont fixés en fonction de la conjoncture du moment. Les moyens déployés sont supportables et les résultats pourraient être acceptables à l'horizon 2023. Le tableau ci-dessous met en exergue l'évolution comparative desdits résultats attendus.

Tableau 15 : Evolution comparative des taux de mortalité par scénario

INDICATEURS	Base					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Scénario minimum						
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	330	314,12	314,15	314,14	314,12	314,09
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 NV)	23,2	22,14	22,13	22,12	22,11	22,1
Taux de mortalité avant cinq ans (pour 1 000 NV)	81,6	64,93	63,84	62,86	61,85	61,22
Scénario moyen						
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	330	305,65	295,26	285,28	274,72	265,37
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 NV)	23,2	21,16	19,81	18,51	17,18	16,13
Taux de mortalité avant cinq ans (pour 1 000 NV)	81,6	62,42	58,50	55,15	52,00	49,61
Scénario maximum						
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	330	296,63	269	243,8	220,26	199,51
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 NV)	23,2	20,2	17,64	16,39	15,16	14,06
Taux de mortalité avant cinq ans (pour 1 000 NV)	81,6	63,48	55,24	49,35	44,35	40,52

7.4. LES GAPS DE FINANCEMENT SELON LE SCENARIO RETENU

7.4.1. ANALYSE DES GAPS

L'analyse du GAP de financement permet de fournir des données sur les coûts nécessaires à la mise en œuvre des programmes, des stratégies ou des activités. Elle aide à examiner les coûts qui sont actuellement couverts ou sont prévus de l'être et donne une compréhension claire de la façon dont le montant du financement additionnel pourra être alloué, demandé ou obtenu à travers des actions de plaidoyer.

Ainsi, la différence entre les ressources disponibles et les besoins de financement a permis de dégager un gap de financement qui s'élève à **207 616 989 160 FCFA** soit environ **364 240 332 USD**. Ce gap négatif représente 26% des besoins de financement.

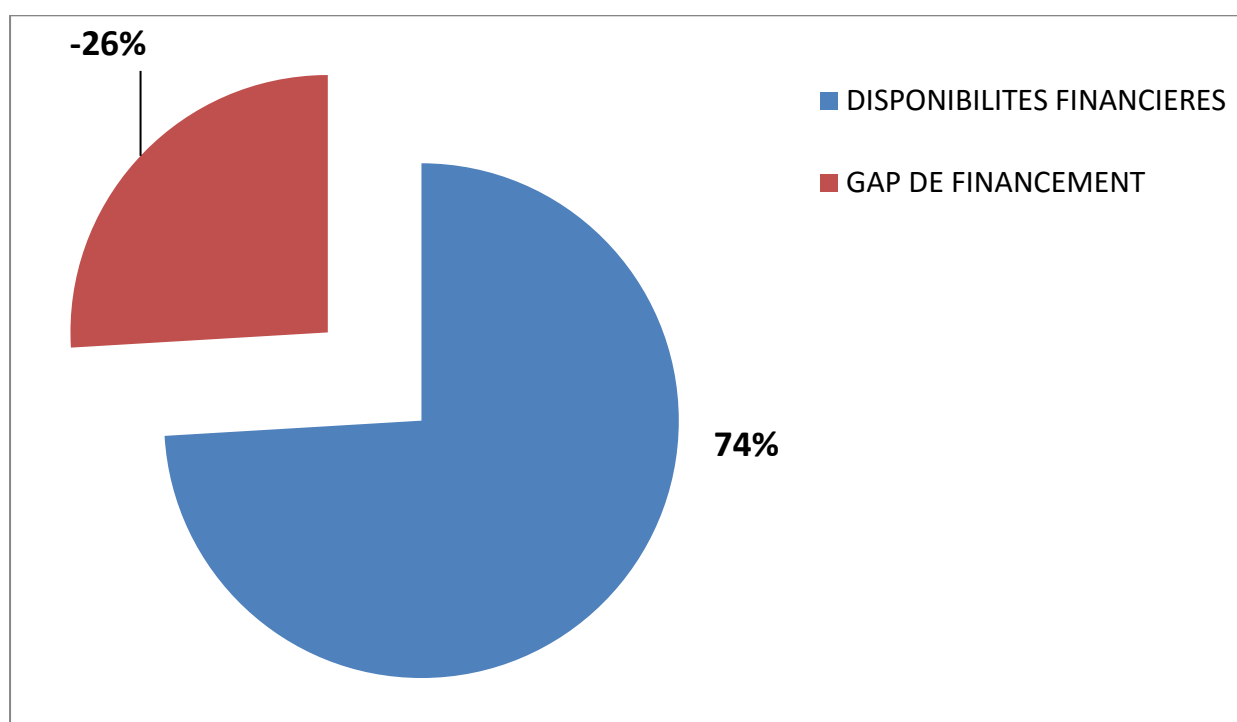


Figure 34 : Disponibilité et gap de financement

L'estimation des ressources disponibles des partenaires a été faite sur la base des annonces de financement faites par les partenaires dans leurs différents plans de travail et consignées dans le document de cartographie de financement SRMNEAN (étude réalisée par le Centre Muraz de Bobo courant 2018).

L'analyse montre une baisse des contributions financières des partenaires au cours de la période (Cf. tableau du financement du plan). Cela s'explique par le fait que la plupart de ceux-ci ne communiquent pas leurs contributions financières au-delà de 02 années. En 2019, les partenaires au nombre de 13 qui financent la SRMNEAN ont tous communiqué leur contribution ; en 2020, seulement 62% se sont prononcés ; ensuite 23%, 15% et 15% respectivement pour les années 2021, 2022 et 2023. Ainsi, la contribution totale des PTF sur la période s'élève à 41% des annonces totales (Cf. graphique et tableau ci-dessous).

Quant aux ressources de l'Etat, des ménages et des ONG et certaines entreprises, elles ont été estimées sur la base des résultats des comptes de santé réalisés par le Ministère de la santé. Ainsi, la contribution de l'Etat est de 49%, les ménages 9% et le secteur privé (ONG/entreprises) 1%.

Le graphique ci-dessous montre un aperçu des parts contributives par source de financement.

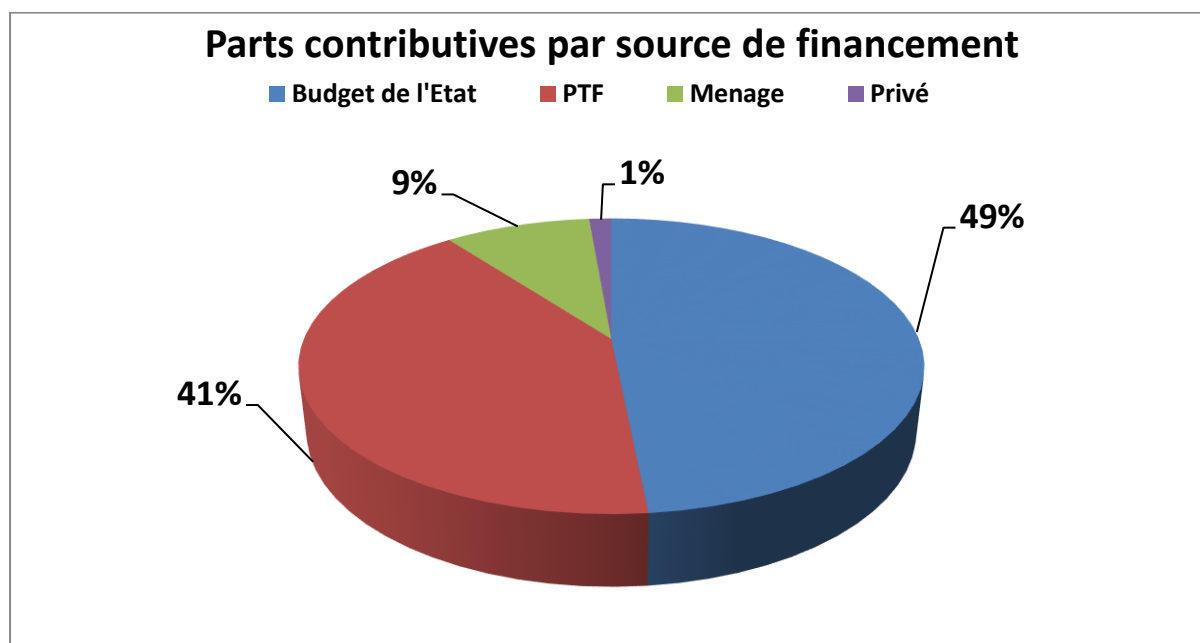


Figure 35 : Parts contributives par source de financement (disponibilité financière)

Tableau 16 : Parts contributives par source (disponibilité financière) en million FCFA

Financement	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	Total	%
Etat	52 409	54 905	57 401	59 896	62 392	287 003	49%
PTF	98 107	89 017	29 092	14 005	14 005	244 226	41%
Ménages	11 479	11 278	10 591	10 201	9 800	53 349	9%
Privé	1 480	1 551	1 621	1 692	1 762	8 106	1%
Total	163 475	156 751	98 705	85 794	87 959	592 684	100%

7.4.2. STRATEGIE DE FINANCEMENT

La stratégie pour combler ce gap de **207 616 989 160** FCFA soit 26% devra utiliser les leviers développés dans la Stratégie Nationale de Financement de la Santé au niveau de l'axe "Accroissement de la mobilisation des ressources financières".

Tableau 17 : GAP DE FINANCEMENT

	BESOINS DE FINANCEMENT	DISPONIBILITES FINANCIERES	GAP DE FINANCEMENT
2019	146 866 256 489	163 475 315 173	16 609 058 684
2020	151 314 525 633	156 751 003 260	5 436 477 627
2021	157 542 601 688	98 705 001 430	- 58 837 600 258
2022	172 646 626 558	85 794 001 980	- 86 852 624 578
2023	171 931 302 653	87 959 002 020	- 83 972 300 633
TOTAL	800 301 313 023	592 684 323 863	- 207 616 989 160

Et trois actions pourront être entreprise concomitamment.

1. Croissance de la mobilisation des ressources financières publiques
 - Aller vers l'objectif de l'allocation par l'Etat d'au moins 15% de son budget au secteur de la santé ;
 - Mobiliser les collectivités territoriales pour augmenter leur contribution au financement de la santé pour la Couverture de santé universelle (CSU).
 - Mobiliser des financements innovants au profit de la santé, à travers entre autres :
 - ✓ Un fonds spécial de soutien à la santé et à l'éducation, financé par l'exploitation des richesses géologiques, minières, etc.,
 - ✓ Des taxes spécifiques sur les produits à fort potentiel de morbidité (alcool, tabac, pollution environnementale, ...) ;
 - ✓ Autres sources potentielles novatrices : contribution de solidarité sur les téléphones portables, taxe sur les transactions financières, taxe sur les billets d'avion, emprunt par obligation destiné à la Diaspora, ...)
 - ✓ Plaidoyer pour un accroissement et une plus grande prédictibilité des financements extérieurs
2. Mobiliser le financement privé pour des objectifs de santé publique par le renforcement du Partenariat public-privé notamment pour encourager les investisseurs privés dans la réalisation des infrastructures et des équipements sanitaires de pointe et ceci en contractualisation avec l'Etat.
3. Mobiliser le financement du Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) à travers les cotisations, les subventions et une plus grande mobilisation en faveur de l'adhésion.

9. CONCLUSION

Le système de santé Burkinabé a une bonne réactivité qui lui a permis d'accomplir des progrès importants en matière de santé de la reproduction de santé de la mère, du nouveau, de l'enfant, de l'adolescent/jeune et en matière de nutrition.

Cependant ces progrès n'ont pas été suffisant pour atteindre les cibles fixées au niveau national et au niveau international.

Le Dossier d'investissement en SRMNEAN et ECSV offre au Pays l'opportunité de focaliser les efforts de tous les acteurs sur quelques priorités et stratégies à haut impact pour accélérer les progrès.

De l'analyse de situation, notamment des causes des goulots d'étranglement, il est ressorti un certain nombre de paramètres auxquels il convient d'accorder toute l'attention nécessaire pour donner toutes les chances de succès au DI.

L'intégration des différentes interventions au sein du paquet à haut impact est apparue comme une stratégie efficiente par les synergies et la capacité de potentialiser les opportunités qu'elle crée. Dès lors la création d'une stratégie spécifique pour la plupart des interventions majeures du paquet reste-t-elle pertinente ? Ou faut-il évoluer vers une stratégie unique intégrée ?

Les inégalités entre régions que ce soit en termes de performance ou d'impact sur la mortalité demande qu'un traitement différentiel soit appliqué pour permettre aux régions qui se situent en dessous de la moyenne de rattraper leur retard.

La supervision formative, sortie également comme une des stratégies à haut impact, devrait être revalorisé ainsi que d'autres approches similaires comme le coaching et le mentorat pour renforcer les capacités du personnel in situ plutôt que dans des conditions complètement différentes de leur conditions de travail.

Le renforcement de la pratique communautaire et une plus grande implication du privé médical et non médical devraient permettre d'améliorer la couverture en particulier des populations éloignées, d'accès difficile ou vivant dans des zones d'insécurité.

A court terme, un redéploiement du personnel dans le respect des normes et une plus grande stabilisation dans les postes permettraient de résoudre la question récurrente de la disponibilité du personnel surtout dans les zones éloignées des centres urbains. A moyen terme, le recrutement de personnel supplémentaire formé en SRMNEAN devrait permettre de réduire l'écart par rapport aux normes de l'OMS.

Enfin, un pas de plus dans le sens la gestion axée sur le résultat et de la redevabilité serait de nature à consolider cette expérience.

ANNEXES

- ANNEXE 1 :
METHODOLOGIE DE L'ELABORATION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT
- ANNEXE 2 :
METHODOLOGIE DU CLASSEMENT DES REGIONS PAR NIVEAU DE
PRIORITE
- ANNEXE 3 :
TABLEAU DES INDICATEURS DE SUIVI-EVALUATION

**ELABORATION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT DANS LE CADRE DE LA SANTE REPRODUCTIVE MATERNELLE,
NEONATALE, DE L'ENFANT, DES ADOLESCENTS ET LA NUTRITION (SRMNEAN).
METHODOLOGIE DE TRAVAIL**

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au Burkina Faso, des progrès ont été réalisés en SRMNEA-N avec des taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile qui sont passés respectivement de 341 pour 100 000 naissances vivantes et 129 pour 1000 à 330 pour 100 000 naissances vivantes et 81,6 pour 1000 entre 2010 et 2015. La prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 33% en 2013 à 21% en 2017. La prévalence contraceptive est passée de 15 % en 2010 à 22.5 % en 2015.

Mais ces progrès restent insuffisants et les niveaux de mortalité maternelle et infanto-juvénile restent inacceptables.

Cette situation justifie l'éligibilité du Burkina Faso au GFF, initiative à laquelle le pays a adhéré en septembre 2017 dans l'optique d'élaborer et soutenir un dossier d'investissement qui s'adresse aux retards particuliers dans l'atteinte de certaines cibles et aux disparités pour plus d'impact et d'équité.

Le cadre sectoriel de dialogue a été retenu comme plateforme globale pour le GFF et l'équipe fonctionnelle 7 a été retenue pour être la plateforme technique en charge de conduire le processus l'élaboration du dossier d'investissement suivant une feuille de route consensuelle.

En préparation de l'élaboration du dossier d'investissement, quelques activités ont été ou sont en cours de réalisation dont (i) la cartographie des interventions, intervenants et des financements en matière de SRMNEA-N et des actions transversales qui soutiennent les objectifs de SRMNEA-N, (ii) l'analyse des gaps de performance en matière de SRMNEAN, (iii) la priorisation des interventions coût-efficaces en SRMNEAN, (iv) la sécurisation des ressources financières du budget de l'Etat pour contribuer à financer le dossier d'investissement.

Pour appuyer l'EF7, il est donc apparu nécessaire de recruter une équipe de Consultants comprenant un consultant senior en santé publique, un consultant junior et un consultant senior économistes de la santé pour le volet costing à l'aide du logiciel One Health.

2. OBJECTIFS

2.1. OBJECTIFS DE LA MISSION

Appuyer l'équipe fonctionnelle 7 dans l'élaboration et le costing du dossier d'investissement pour la SRMNEAN au Burkina Faso.

2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Appuyer l'équipe fonctionnelle 7 dans la conduite et la finalisation d'une analyse des gaps de performance sur la SRMNEAN ;
- Appuyer l'équipe fonctionnelle 7 dans la conduite de la priorisation des interventions à haut impact sur la SRMNEAN à retenir dans le dossier d'investissement ;
- Appuyer l'équipe fonctionnelle 7 dans l'identification des actions transversales critiques soutenant les objectifs de la SRMNEA-N à inclure dans le dossier d'investissement;
- Intégrer et mettre en cohérence toutes les informations utiles et pertinentes ci-dessus décrites et d'autres informations pour écrire le dossier d'investissement.
- Faire le costing du dossier d'investissement.

2.3. RESULTATS ATTENDUS ET LIVRABLES

Au terme de l'étude le consultant devra transmettre les produits suivants au Ministère de la santé:

- Un dossier d'investissement sur la SRMNEAN avec un costing. Le dossier est validé par l'équipe fonctionnelle 7.
- Un rapport de mission. Le rapport de mission est validé par le chargé de programme de la DUE.

3. METHODOLOGIE

3.1. APPROCHE

L'approche est inclusive est participative et prend en compte les principes suivant :

- Choix d'un nombre limité de priorités guidé par les ressources disponibles
- Retour sur l'investissement des interventions SRMNEAN
- Réduction de la fragmentation et de la duplication pour améliorer la cohérence des interventions SRMNEAN
- Focus sur la mise en œuvre
- Une plus grande orientation vers le long terme.

3.2. METHODES

3.2.1. Elaboration du chronogramme de travail

Le chronogramme de travail (repris en annexe) comprend 15 activités réparties de manière successive sur la période de travail du 10 septembre au 12 Octobre 2018, soit 25 jours de travail dont 25 jours de travail sur place et 3 jours à domicile.

3.2.2. Elaboration des questions de recherche

A partir de l'objectif général et des objectifs spécifiques fixés par les termes de référence une série de questions de recherche sont identifiés pour permettre d'atteindre les objectifs assignés à cette mission.

- OS1 : Appuyer l'équipe fonctionnelle 7 dans la conduite et la finalisation d'une analyse des gaps de performance sur la SRMNEAN ;
 - Quelle est la situation actuelle des indicateurs de SRMNEA-N
 - Quelle est la situation actuelle de l'enregistrement à l'état civile et des statistiques vitales.
 - Quels les gaps de performance constatés au niveau national et au niveau régional en SRMNEA-N et enregistrement à l'état civile et des statistiques vitales.
 - Quelles sont les causes principales des gaps
- OS2 : Appuyer l'équipe fonctionnelle 7 dans la conduite de la priorisation des interventions à haut impact sur la SRMNEAN à retenir dans le dossier d'investissement ;
 - Quels sont les principaux goulots d'étranglement et leurs causes
 - Quelles sont les interventions et actions prioritaires pour lever les goulots d'étranglement.
 - Quelles sont les zones d'intervention
- OS3 : Appuyer l'équipe fonctionnelle 7 dans l'identification des actions transversales critiques soutenant les objectifs de la SRMNEA-N à inclure dans le dossier d'investissement;
 - Quels sont les goulots d'étranglement systémiques?
 - Quelles sont les actions transversales prioritaires ?
- OS4 : Intégrer et mettre en cohérence toutes les informations utiles et pertinentes ci-dessus décrites et d'autres informations pour écrire le dossier d'investissement.
 - Quelles sont les informations les plus utiles et pertinentes ?
- Faire le costing du dossier d'investissement.
 - Quelle est l'enveloppe budgétaire totale, le cout par intervention prioritaire ; pqr bailleur et par zone d'intervention

3.2.3. Collecte de l'information

- Briefing d'orientation par les autorités du Ministère de la santé

- Revue documentaire : Documents stratégiques nationaux et mondiaux, rapports des sous groupes mis en place dans l'équipe fonctionnelle (SRMNEA, Nutrition, Actions transversales, Analyse des GAP, Financement)
- Entretien avec quelques informateurs clés : PTF (OMS, UNICEF, UNFPA –Chef de File, UE, USAID), Représentant du secteur privé, Représentant de la société civile,

3.2.4. Analyse de situation

- A partir d'une analyse documentaire et notamment des indicateurs clefs (Mortalité Maternelle, Mortalité néonatale, Mortalité infanto-juvénile, Malnutrition, Santé des adolescents/jeunes), préciser la situation de la santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents et la situation en termes de malnutrition.
- A partir de l'analyse des indicateurs clés, identifier les écarts (valeur cible de l'indicateur-valeur atteinte) qui seront traduites en gaps de performance.
- Rechercher les goulots d'étranglement qui causent les gaps (Analyse SWOT et utilisation de l'outil PHCPI)
- A partir de l'analyse des causes des goulots d'étranglement, identifier les interventions prioritaires pour lever les goulots d'étranglement

3.2.5. Validation du diagnostic, de la réponse aux causes des goulots d'étranglement et du choix de la zone d'intervention

La validation sera faite au travers de réunions au cours desquelles les consultants présenteront leur contribution aux membres de l'équipe fonctionnelle 7 :

- 1^{ère} Réunion (13-09-2018) : Présentation de la méthodologie
- 2^e Réunion (25-09-2018) : Présentation de l'analyse des gaps et de l'approche de sécurisation des activités vitales et essentielles et la sécurisation du financement pour les activités vitales et essentielles
- 3^e Réunion (28-09-2018) : Présentation du rapport d'étape
- 4^e Réunion (09-10-2018) : Présentation du rapport préliminaire du dossier d'investissement.

3.2.6. Description de la réponse pour lever les goulots d'étranglement

- Description du changement escompté (Résultats attendus) en matière de santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents et la situation en termes de malnutrition. Le choix des résultats attendus doit tenir compte de l'équité, de l'efficacité, les déterminants de la santé et les tendances en matière de croissance économique, urbanisation, changements climatiques, conflits et épidémies.
- Choix des investissements prioritaires pour atteindre les résultats attendus. Pour chaque intervention, les éléments suivants seront précisés : Quoi, comment, pour qui et où.
- Description des interventions de renforcement du système de santé nécessaires pour fournir les interventions à haut impact de SRMNEA-N

3.2.7. Budgétisation des interventions

3.2.7.1. Conduite du processus de costing

Le costing de la SRMNEA obéira aux étapes suivantes :

▪ Phase préparatoire

Cette étape est purement administrative puisqu'elle sera consacrée à une prise de contact du consultant avec les acteurs concernés par le travail de costing. Elle permettra en même temps le recueil de certains documents nécessaires à la budgétisation.

▪ Phase de costing

L'utilisation de l'OHT passe nécessairement par des étapes essentielles :

(1) La présentation des différentes étapes de l'OHT aux utilisateurs potentiels ;

(2) le paramétrage des interventions : la réalisation du paramétrage peut avoir lieu au cours d'une séance de travail avec l'équipe fonctionnelle n°7 en vue de retenir et de déterminer les interventions à haut impact à prendre en compte dans l'outil pour la budgétisation;

(3) la collecte et apurement des données : elle consiste à une collecte active des données dans les structures sanitaires qui ont lien avec la SRMNEAN afin de collecter et vérifier l'exactitude des données ;

(4) la saisie des données collectées dans l'outil : elle gagnerait à se faire en atelier(s) afin de garantir le consensus dans le choix de ces données;

(5) l'analyse des outputs en vue de faire, de manière objective, les choix stratégiques qui répondent à la situation dont les caractéristiques ont été saisies dans l'outil.

3.2.7.2. Besoins d'information

Un nombre non négligeable d'informations quantitatives et qualitatives sera nécessaire pour un costing solide. Les informations quantitatives et qualitatives nécessaires pour renseigner l'outil OHT sont de quatre types différents :

- Les données épidémiologiques de mortalité et de morbidité permettant de faire le choix des impacts au regard des résultats d'effets visés. Les principales sources seraient les enquêtes populationnelles, en particulier l'EDS ou la MICS et SMART.
- Les données de couverture relatives au paquet d'intervention – préventives et curatives – déjà développées ou internationalement connues pour leur efficacité ; ces niveaux de couverture permettront de faire le choix des résultats d'effet.
- Les données d'accès et de qualité de l'offre de services permettant de définir les goulots d'étranglement du système de santé qu'il faudra lever pour améliorer les couvertures en interventions essentielles ; Les données d'accès et de qualité pourraient aussi être obtenues à travers les enquêtes, SIS,).
- Les données relatives à la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières; ces données permettront d'estimer les besoins en ressources de la SRMNEAN.

3.2.8. Description du dispositif de mécanisme en œuvre

Description du cadre de mise en œuvre

Description du partenariat

Elaboration du cadre de performance

3.2.9. Rapportage

- Rapport d'étape
Le rapport d'étape comprend les éléments du diagnostic, les interventions prioritaires et les zones d'intervention
- Rapport préliminaire du dossier d'investissement en SRMNEA-N et Etat civile
Le Rapport préliminaire comprend les éléments validés du rapport d'étape plus la budgétisation.
- Rapport final du dossier d'investissement en SRMNEA-N et Etat civile
Le Rapport final comprend les éléments validés du Rapport préliminaire et prend en compte les compléments d'information issus de la 3^e réunion de validation.
- Rapport de mission.

4. OBSERVATIONS ET LIMITES

La disponibilité et l'accès en temps utiles à une information de qualité, pertinente et actualisée notamment au travers des rapports des sous groupes mis en place au sein de l'équipe fonctionnelle 7 reste la condition sine qua non de la rédaction d'un dossier d'investissement de bonne qualité.

ELABORATION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT SRMNEA-N																																							
Chronogramme de la mission d'expertise																																							
Septembre 2018																																							
October 2018																																							
L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D																																							
10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14																																							
Tâches																																							
1											Réunions Administratives (SG, DGESS, Coord PAPS2, Mission PHCPI , PTF)																												
2											Préparation de la méthodologie																												
3											Présentation de la méthodologie à l'EF7																												
4											Identification des gaps de financement pour chaque nature d'intervention de la Santé Sexuelle et Reproductive, de la Santé Maternelle et de la Santé Néonatale ainsi que des activités transversales prioritaires																												
5											Identification des gaps de financement pour chaque nature d'intervention de la Santé de l'enfant, de la santé des adolescents et la nutrition ainsi que et des activités transversales prioritaires																												
6											Saisie des interventions dans One-Health																												
7											Présentation de l'analyse des gaps et de l'approche de sécurisation des activités vitales et essentielles à l'EF7 et la sécurisation du financement pour les activités vitales et essentielles																												
8											Réalisation de l'architecture du dossier d'investissement																												
9											Réalisation du rapport d'étape																												
10											Présentation du rapport d'étape à l'EF7																												
11											Montage du financement avec le logiciel ONE HEALTH																												
12											Appui à la finalisation du costing avec le logiciel ONE HEALTH																												
13											Rédaction du dossier d'investissement																												
14											Présentation du rapport préliminaire à l'EF7																												
15											Rédaction finale du dossier d'investissement à domicile																												
										Expert 1										Expert 2										Expert 3									

ANNEXE 2

ZONE D'INTERVENTION

La classement des régions en termes de niveau de priorité était basé sur l'analyse de 20 indicateurs dont 18 indicateurs de performances et 2 indicateurs d'impact.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

Déterminants de la santé : Indice de pauvreté monétaire, Accès à l'eau potable, Assainissement (% de la population qui défèque à l'air libre).

Couverture géographique et fonctionnement des services de santé : Capacité opérationnelle de la PF, Capacité opérationnelle des soins prénatals, Capacité opérationnelle SONUC, Disponibilité des Médicaments essentiels enfants, Disponibilité des Médicaments essentiels mère, Capacité opérationnelle des services de soins aux adolescents

Santé de la mère : Taux de CPN4, Taux d'utilisation de méthodes contraceptives, Accouchements assistés par du personnel qualifié, Traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte, Consultations post-natales à 6 semaines

Santé de l'enfant : Allaitement maternel exclusif, Malnutrition chronique, Enfants nés de mères VIH+ mis sous ARV préventifs, Enfants complètement vaccinés

INDICATEURS D'IMPACT

- Mortalité néo-natale
- Mortalité infanto-juvénile.
- Les ratios de mortalité maternelle par région n'étaient pas disponibles

Pour les indicateurs de performance, la valeur de chaque indicateur dans une région est comparée à la moyenne nationale pour ce même indicateur. Une note de 1 est attribuée, lorsque cette valeur est égale ou supérieure à la moyenne nationale et une note de 0 lorsqu'elle inférieure à la moyenne nationale. En fonction de la note obtenu par chaque région, un score a été attribué de la manière suivante : 6 pour une note entre 11 et 14, 4 pour une note entre 8 et 10 et 2 pour une note entre 5 et 7.

Pour chacun des deux indicateurs d'impact, une note de 3 était attribuée pour les régions dont le taux se situe en dessous de la moyenne nationale, 2 pour les taux égales à la moyenne nationale et 1 lorsque les taux sont supérieurs à la moyenne nationale.

L'addition des trois notes avait permis d'obtenir une note totale.

Les cinq régions ayant obtenu une note de 6/12 ont été classées en priorité 1 (haute), les régions ayant obtenu une note entre 8 et 9/12 ont été classées en priorité 2 (moyenne) et les régions avec une note égale ou supérieure à 10 ont été classées en priorité 3 (basse).

ANNEXE 2

Tableau ... : Classement des régions sur base de 15 indicateurs de performance																																						
		PM	AEP	DAL	CO-PF	CO-SPN	CO-SONUC	DMESM	DMESE	CO-SSA/J	CPN4	AAPO	TUMC	TPI3	CPoN 6 S	ECV	E sous A	AME	MC	SCORE																		
1	Boucle du Mouhoun	59.7	0	57.4	0	51.8	0	87.0	1	73.0	1	53.0	0	43.0	1	60.0	1	59.0	1	39.7	1	70.0	0	31.4	1	36.5	0	47.3	1	46.5	1	72.1	0	43.4	0	22.4	0	9
2	Cascades	22.6	1	88.2	1	39.8	1	85.0	1	66.0	1	55.0	0	52.0	1	66.0	1	43.0	0	45.9	1	74.0	0	25.2	0	28.3	0	28.9	0	45.1	1	67.0	0	86.6	1	30.5	0	10
3	Centre	9.6	1	96.6	1	5.9	1	68.0	0	56.0	0	60.0	1	22.0	0	29.0	0	38.0	0	36.8	0	77.0	0	25.3	0	38.9	1	74.8	1	52.3	1	96.3	1	34.6	0	5.8	1	9
4	Centre-Est	36.1	1	77.8	1	66.5	0	78.0	0	61.0	0	42.0	0	37.0	0	54.0	1	44.0	0	36.4	0	78.0	0	16.6	0	46.9	1	37.8	0	17.1	0	93.3	0	64.1	1	24.4	0	5
5	Centre-Nord	47.0	0	83.6	1	69.5	0	82.0	1	68.0	1	66.0	1	42.0	1	61.0	1	48.0	1	41.4	1	80.0	0	32.9	1	48.6	1	65.2	1	44.9	1	93.2	0	70.3	1	26.5	0	13
6	Centre-Ouest	51.6	0	65.8	0	70.0	0	83.0	1	61.0	0	65.0	1	39.0	1	54.0	1	40.0	0	37.8	0	81.0	0	25.5	0	46.4	1	59.6	1	44.2	1	108.9	1	32.9	0	24.5	0	8
7	Centre-Sud	40.1	1	86.1	1	87.6	0	79.0	0	65.0	1	59.0	1	37.0	0	61.0	1	46.0	0	32.3	0	83.0	0	32.0	1	41.7	1	27.6	0	45.4	1	84.7	0	63.1	1	18.4	1	10
8	Est	50.1	0	68.4	0	81.5	0	84.0	1	70.0	1	50.0	0	39.0	1	66.0	1	52.0	1	42.9	1	84.0	1	27.8	1	31.4	0	44.7	1	48.7	1	88.8	0	50.0	0	34.3	0	10
9	Hauts bassins	34.4	1	65.7	0	22.4	1	80.0	0	65.0	1	63.0	1	38.0	1	48.0	0	46.0	0	41.5	1	86.0	1	26.0	0	39.3	1	33.3	0	44.9	1	106.2	1	62.5	1	21.0	1	12
10	Nord	70.4	0	69.3	0	51.3	0	89.0	1	72.0	1	59.0	1	41.0	1	63.0	1	64.0	1	38.1	1	89.0	1	32.6	1	40.3	1	46.7	1	43.6	1	82.3	0	60.4	1	22.6	0	13
11	Plateau Central	45.2	0	90.2	1	41.0	1	78.0	0	57.0	0	50.0	0	35.0	0	54.0	1	36.0	0	38.0	1	91.0	1	28.6	1	47.7	1	24.1	0	41.1	0	77.3	0	58.8	1	24.9	0	8
12	Sahel	20.6	1	64.9	0	85.4	0	81.0	1	69.0	1	54.0	0	49.0	1	62.0	1	50.0	1	14.9	0	98.0	1	24.5	0	13.9	0	24.0	0	35.6	0	98.7	1	48.4	0	38.9	0	8
13	Sud-Ouest	41.5	0	70.8	0	73.8	0	88.0	1	74.0	1	65.0	1	52.0	1	66.0	1	51.0	1	47.3	1	99.0	1	34.7	1	38.9	1	44.5	1	45.8	1	113.6	1	73.8	1	34.2	0	14
	National	40.1		76.3		50.5		81.0		65.0		57.0		38.0		54.0		47.0		38.0		84.0		27.5		37.4		46.3		42.9		93.4		55		21.2		
Source: EMDS 2015																																						
	SARA 2016	PM: Pauvreté monétaire																AME	Allaitement maternel exclusif						< moyenne nationale													
	Annuaire santé 2017	AEP: Accès eau potable																MC:	Malnutrition chronique						ou ≥ à moy nat pour PM et MC													
		DAL: Défécation à l'air libre																E sous A:	Enfants né de mères VIH+ mis sous ARV						≥ à moyenne nationale													
		CO-PF: Capacité opérationnelle du PF																ECV :	Enfants complètement vaccinés						ou < moyenne nationale pour PM et MC													
		CO-SPN: Capacité opérationnelle des soins prénatals																CPoN6S:	Consultations post-natale à 6 semaines																			
		CO-SONUC: Capacité opérationnelle SONUC																TUMC:	Taux d'utilisation de méthodes contraceptives						Priorité 1													
		AAPQ: Accouchement assisté par personnel qualifié																DMESM:	Disponibilité Médicaments essentiels enfants						Priorité 2													
		DMEG SRS: DMEG sans rupture de stock de médicaments traceurs																DMESM:	Disponibilité Médicaments essentiels mère						Priorité 3													
		TPI3: Traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte																CO-SSA:	Capacité opérationnelle des services de soins aux adolescents																			

ANNEXE 3

Tableau 18 : CADRE DE SUIVI-EVALUATION DI SRMNEAN-ECSV									
SRMNEAN									
INDICATEURS	SOURCE	2015	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
IMPACT									
Ratio de Mortalité maternelle (pour 100000 NV)	EMDS	330		330	305,7	295,3	285,3	274,7	265,4
Taux de Mortalité néonatale (‰)	EMDS	23,2		23,2	22,1	22,1	22,1	22,1	22,1
Taux de Mortalité infantile (‰)	EMDS	42,7		42,7	38,7	37,4	36,1	33,9	31,7
Taux de Mortalité infanto juvénile (‰)	EMDS	81,6		81,6	64,9	63,8	62,9	61,9	61,2
Indice Synthétique de Fécondité	EMDS	5,4		5,4	4,9	4,7	4,5	4,3	4,1
EFFETS									
Taux de transmission mère enfant du VIH	AS/MS		5,5	5,1	3,55	2	<2	<2	<2
Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (%)	AS/MS		1,4	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Taux de prévalence VIH/sida dans la population générale (%)	EDS		0,8	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans	AS/MS		3,1	>2	>2	>2	>2	>2	>2
Prévalence contraceptive	EMDS		22,5	27,6	29,4	32	34,2	36,4	38,6
PRODUITS									
Pourcentage (%) de femmes enceintes venues en CPN1 au premier Trimestre	AS/MS		35,7	62	76	90	91	92	95
Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS		38	58	69	80	82	84	85
Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS		38	58	69	80	82	84	85
Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS		38	58	69	80	82	84	85
Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS		38	58	69	80	82	84	85
Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS		38	58	69	80	82	84	85
Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS		38	58	69	80	82	84	85

Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS		38	58	69	80	82	84	85
Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS		38	58	69	80	82	84	85
Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS		38	58	69	80	82	84	85
Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant réalisé au moins la CPN4	AS/MS		38	58	69	80	82	84	85
Proportion d'enfants de moins de cinq ans correctement pris en charge selon la stratégie PCIME	AS/MS		58,5	38,15	49,08	60%	65	70	75
Taux de satisfaction en produits sanguins labiles dans les zones CRTS									
Pourcentage (%) de formations sanitaires offrant des services PTME	AS/MS		98	99	99,5	100	100	100	100
PTME y compris le dépistage combiné VIH/syphilis, DBS									
% de pharmaciens et PEP des DS formés sur la gestion des intrants PTME									
Décès maternels audités parmi les décès maternels enregistrés dans les FS (%)	AS/MS		35,21	60	70	80	>80	>80	>80
Taux d'utilisation de méthodes contraceptives chez les adolescents/jeunes	AS/MS		17	23,1	24,8	26,5	29	31,4	33,8
Malnutrition chronique				21	22,6	14,3	13,9	13,4	13
Malnutrition aigüe				8,6	7,3	7	6,6	6,2	5,8
Allaitement maternel exclusif				47,8	55,9	60	63,9	68	72
Alimentation minimum				17,5	23,2	25,2	27,3	29,4	31,5
Anémie chez la femme				60,3	57,3	54,3	51,2	48,2	45,1
Anémie de l'enfant				69,3	65,9	62,5	59	55,7	52,3