

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE BURKINA FASO 2017-2020



Septembre 2017



**Organisation
mondiale de la Santé**

Burkina Faso

Amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible

STRATÉGIE DE COOPÉRATION
DE L'OMS AVEC LE BURKINA FASO
2017-2020



Organisation
mondiale de la Santé

Burkina Faso



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE BURKINA FASO 2017-2020

ISBN 978-929031300-7

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Créative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Créative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Burkina Faso, 2017–2020, République du Congo. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

TABLE DES MATIERES

Abréviations, sigles et Acronymes	5
Liste des tableaux, figures et Annexes	7
Résumé d'orientation	9
Chapitre 1 : Introduction	11
Chapitre 2 : Santé, Situation socio-économique et démographie	13
2.1 Contexte politique, social et macro-économique	14
2.2 État de santé de la population	15
2.3 Réponse du système de santé	18
2.3.1 Gouvernance et leadership du secteur de santé	18
2.3.2 Prestation des services de santé	18
2.3.2.1 Santé génésique, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, et nutrition	20
2.3.2.2 Lutte contre la maladie	21
2.3.2.3 Promotion de la santé	24
2.3.3 Infrastructures, médicaments et technologie de santé	25
2.3.4 Ressources humaines	26
2.3.5 Information sanitaire et recherche	27
2.3.6 Financement de la santé	27
2.4 Questions transversales	28
2.4.1 Droits de l'homme et l'équité	28
2.4.2 Questions de genre	29
2.4.3 Populations vulnérables	30
2.5 Environnement des partenaires au développement	31
2.5.1 Partenariat et développement de la coopération	31
2.5.2 Collaboration avec le système des Nations Unies	32
2.5.3 Contribution du pays à l'agenda mondial et aux objectifs et engagements pris au niveau international	32
2.5.4 Examen de la coopération de l'OMS avec le pays dans le cadre des SCP antérieures	33
Chapitre 3: Programme stratégique pour la coopération de l'OMS avec le Burkina Faso	34
Alignement de la SCP sur d'autres cadres stratégiques (PNDS, 12 ^{ème} PGT, ODD, PCNUAD, AT/AFRO)	43
Chapitre 4: Mise en œuvre de l'agenda stratégique: Implications pour le secrétariat de l'OMS	44
Chapitre 5: Suivi-évaluation de la SCP	47
5.1 Acteurs impliqués dans le suivi-évaluation de la SCP	48
5.2 Périodicité du suivi évaluation	48
5.2.1 Suivi régulier de la SCP	49
5.2.2 Revue à mi-parcours	49
5.2.3 Évaluation finale	49
Documents consultés	51
Annexes	53

ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AFRO	: Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique	PEV	: Programme Elargi de Vaccination
APD	: Aide Publique au Développement	PF	: Planification Familiale
ARV	: Antirétroviraux	PGT	: Programme Général de Travail
AVS	: Activité de vaccination spécifique	PID	: Pulvérisation intradomiciliaire
BAD	: Banque Africaine de Développement		: Prise en charge
BM	: Banque Mondiale	PIM	: Intensive de la Maladie
CASEM	: Conseil d’Administration du ministère de la Santé	PNDES	: Plan National de Développement Economique et Social
CEDEAO	: Communauté Économique des États de l’Afrique de l’Ouest	PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
CHR	: Centre Hospitalier Régional	PNMNT	: Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
CMA	: Centre Médical avec Antenne chirurgicale	PNUAD	: Plan cadre des Nations Unies pour l’Aide au Développement
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le Sida	PTF	: Partenaire Technique et Financier
CNTS	: Centre National de Transfusion sanguine	PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
CPS	: Chimio-prévention du paludisme	PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale	RAMU	: Régime d’Assurance Maladie
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle	REACH	: Renewed Efforts Against Child Hunger and Undernutrition
CTP	: Chimiothérapie préventive	RGPH	: Recensement Général de la Population et de l’Habitat
DGEP	: Direction Générale de l’Economie et de la Planification	RHS	: Ressources Humaines pour la Santé
DMEG	: Dépôt de Médicaments Essentiels génériques	RMAT	: Rayon Moyen d’Action Théorique
EMC	: Enquête Multisectorielle Continue	ROR	: Vaccin Rougeole Oreillon Rubeole
ESPEN	: Projet Spécial Elargi pour l’élimination des maladies tropicales Négligées	RSI	: Règlement Sanitaire International
FARES	: Fonds d’Appui à la Recherche en Santé	SCP	: Stratégie de Coopération avec les Pays
Hib	: Vaccin contre l’Haemophilus Influenzae	SIMR	: Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte Spécifique, Mesurable,
ICCM	: Integrated Community Case Management	SMART	: Atteignable, Réalisable et limité dans le temps
IRSS	: Institut de Recherche en Science de la Santé	SMT	: Équipe de gestion de la sécurité
		SNU	: Système des Nations Unies

IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MAE	: Maïeuticien d'État
MILDA	: Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
MINEFID	: Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement
MNT	: Maladies non transmissibles
MTN	: Maladies tropicales négligées
MVE	: Maladie à virus Ébola
ODD	: Objectifs de développement durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OMT	: Équipe de gestion des opérations
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PADS	: Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PADS-CEN	: Programme d'Appui au Développement Sanitaire du Centre-EST et du Nord
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TB-MR	: Tuberculose Multirésistante
TDM	: Traitement de Masse
TEP	: Tuberculose Extra-Pulmonaire
TPI	: Traitement préventif intermittent
TPIg	: Traitement préventif Intermittent du paludisme chez la femme enceinte
TPM-	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie négative
TPM+	: Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
UA	: Union Africaine
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNJTA	: Équipe conjointe des Nations Unies sur le sida
VAR	: Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT	: Vaccin Antitétanique
VPI	: Vaccin Polio Injectable

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

TABLEAUX

Tableau n° 1. Évolution des principaux indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant entre 2010 et 2015	15
Tableau n° 2. Évolution des ratios des agents de santé par catégorie	26

FIGURES

Figure n° 1. Classement des causes de décès entre 2010 et 2015 au Burkina Faso	17
Figure n° 2. Évolution du RMAAT (en km) et du nombre de contacts par habitant par an entre 2001 et 2015	20
Figure n° 3: Poids des PTF ayant signé le Compact	31

ANNEXES

Annexe I. Évolution du nombre de structures sanitaires publiques et privées de soins de 2010 à 2015	53
Annexe II. Principaux indicateurs des Comptes de la santé de 2012 à 2015	54
Annexe III. Répartition des contributions financières des principaux bailleurs du secteur de la santé en 2015	55
Annexe IV. Liste des principaux partenaires intervenant dans la santé, 2015	56
Annexe V. Synthèse des priorités stratégiques et domaines d'intervention	59
Annexe VI. Alignement de la Stratégie sur d'autres cadres stratégiques	62
Annexe VII. Cadre de performance de la SCP 2017-2020	75

PREFACE



La troisième génération de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) concrétise le programme majeur de réforme adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé pour renforcer la capacité de l'OMS et faire en sorte que ses prestations répondent mieux aux besoins du pays. Elle reflète le douzième programme général de travail de l'OMS au niveau du pays, vise à assurer une pertinence accrue de la coopération technique de l'OMS avec les États Membres et met l'accent sur l'identification des priorités et des mesures d'efficacité pour la mise en œuvre des réformes de l'OMS et de l'agenda de transformation régional. L'agenda de transformation vise à faire de l'organisation sanitaire régionale une institution clairvoyante, proactive, capable de répondre aux attentes, axée sur les résultats, transparente et responsable. Cette génération de SCP tient compte du rôle des différents partenaires, y compris les acteurs non étatiques, dans la fourniture d'un appui aux gouvernements et aux communautés.

La troisième génération des SCP s'inspire des leçons tirées de la mise en œuvre des SCP de première et de deuxième génération, de la stratégie en faveur des pays (politiques, plans, stratégies et priorités) et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF). Les SCP sont également en adéquation avec le contexte sanitaire mondial et l'orientation vers la couverture sanitaire universelle, car elles intègrent les principes de l'alignement, de l'harmonisation et de l'efficacité formulés dans les déclarations de Rome (2003), de Paris (2005), d'Accra (2008) et de Busan (2011) sur l'efficacité de l'aide. La troisième génération des SCP prend également en considération les principes qui sous-tendent le mécanisme «Harmonisation pour la Santé en Afrique» (HHA) et les Partenariats internationaux pour la santé et initiatives apparentées (IHP+), reflétant ainsi la politique de décentralisation et renforçant la capacité de prise de décision des gouvernements afin d'améliorer la qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Élaboré dans le cadre d'un processus de consultation avec les principaux intervenants dans le domaine de la santé au niveau du pays, le document de SCP met en exergue les résultats attendus du Secrétariat de l'OMS. En droite ligne de la stratégie qui place un accent renouvelé sur les pays, la SCP doit servir de plateforme pour communiquer l'action de l'OMS dans le pays; formuler le plan de travail de l'OMS en faveur du pays; entreprendre le plaidoyer, mobiliser des ressources et assurer la coordination de l'action avec les partenaires; et façonner le volet santé de l'UNDAF et des autres plateformes de partenariats pour la santé dans le pays.

Je salue le rôle moteur efficace et effectif joué par le gouvernement dans la conduite de cet exercice important d'élaboration de la SCP. Je demande également à tous les membres du personnel de l'OMS, et particulièrement au Représentant de l'OMS, de redoubler d'efforts pour assurer une mise en œuvre efficace des orientations programmatiques fournies dans le présent document, en vue d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires susceptibles de contribuer à la santé et au développement en Afrique.

Dr Matshidiso MOETI

Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

La Stratégie de Coopération entre l'OMS et le Burkina Faso (SCP) pour la période 2017-2020 est la troisième depuis le lancement de la première SCP 2002-2005 et fait suite à celle de 2010-2015. Son développement intervient dans un contexte national marqué par l'adoption d'un nouveau référentiel, le Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020 ayant intégré les objectifs de développement durable (ODD) et le principe de ne laisser personne pour compte, et par l'évaluation à mi-parcours du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020 réalisé en 2016.

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par un ratio de mortalité maternelle et un taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans respectivement de 371 pour 100 000 naissances vivantes et 88,6 pour 1000 naissances vivantes. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance est de 60 ans. Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité et de mortalité due aux maladies transmissibles avec le paludisme en tête, et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles. Les défis à relever sont nombreux, car aucun des OMD liés à la santé n'a été atteint.

Pour aller vers la couverture sanitaire universelle (CSU), les enjeux portent sur le renforcement de toutes les composantes du système de santé, y compris l'opérationnalisation du régime d'assurance maladie, la mise en œuvre des interventions à haut impact et à gain rapide pour la santé des mères et des enfants, le renforcement du système de surveillance et de contrôle des maladies dans le cadre du RSI et surtout sur l'approche multisectorielle comme stratégie de mise en œuvre du référentiel économique et social national.

L'évaluation de la dernière SCP 2010-2015 puis l'élaboration de la SCP 2017-2020 ont bénéficié de la participation des différentes directions du ministère de la Santé et des partenaires du secteur de la santé, y compris les ONG et associations, selon les orientations du guide d'élaboration de la SCP 2016.

La SCP 2017-2020 a identifié cinq priorités stratégiques qui sont en cohérence avec le PNDES 2016-2020, le PNDS 2011-2020 révisé après son évaluation, les résultats attendus du douzième Programme général de travail (PGT) 2014-2019, l'Agenda de transformation régionale de l'OMS pour l'Afrique' 2015-2020 et les ODD. Ces priorités sont :

1. la progression accélérée vers la couverture sanitaire universelle par le renforcement du système de santé en vue d'un accès équitable à des services de santé de qualité ;
2. l'élimination des décès évitables et l'amélioration de la santé et du bien-être des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents ;
3. la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles en adéquation avec la réalisation des cibles des ODD ;
4. le renforcement des capacités de préparation et de riposte aux maladies émergentes et ré-émergentes et aux conséquences sanitaires des catastrophes, en adéquation avec la sécurité sanitaire globale et le RSI 2005 ;
5. la promotion de la santé par la prise en compte des déterminants de la santé, y compris le genre, l'équité et les droits humains, et du développement d'une santé communautaire par une meilleure approche intersectorielle.

En tenant compte des leçons apprises des SCP antérieures, la mise œuvre de la SCP 2017-2020, qui s'inscrit résolument dans les réformes programmatiques et managériales de l'OMS, recherchera des partenariats stratégiques et techniques aussi larges que possible, basés sur la valeur ajoutée de l'OMS. Un mécanisme de suivi-évaluation intégrant les mécanismes propres à l'OMS et les mécanismes nationaux, sera mis en place afin de garantir son alignement sur les priorités nationales.

La SCP 2017-2020 servira de base à l'élaboration des plans de travail couvrant cette période et à l'indication de notre contribution au Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PCNUAD 2018-2020).



CHAPITRE 1. INTRODUCTION

1

La Stratégie de Coopération entre l'OMS et le Burkina Faso (SCP) pour la période 2017-2020 est la troisième depuis le lancement de la première SCP 2002-2005, et fait suite à la SCP 2010-2015. Elle sert de guide aux activités de l'Organisation dans le pays en définissant la vision à moyen terme de la coopération technique entre l'OMS et le Burkina Faso en termes d'appui aux politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux. Elle constitue en outre le principal instrument permettant d'harmoniser les opérations de coopération de l'OMS dans le pays avec le travail des autres organismes des Nations Unies et des partenaires au développement.

L'élaboration et la mise en œuvre de cette SCP interviennent dans un contexte national marqué par une normalisation politique et sociale progressive, après la transition politique de 2015 consécutive à une insurrection sociopolitique en fin 2014. Aussi, le pays vient-il de se doter d'un nouveau référentiel national, le Plan national de développement économique et social (PNDES 2016-2020) qui intègre les objectifs de développement durable (ODD).

Dans le secteur de la santé, le pays dispose d'une politique nationale de santé basée sur les soins de santé primaires et d'un Plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020), qui met l'accent sur les interventions à gain rapide et les OMD. Suite à son évaluation à mi-parcours réalisée en 2016, l'élaboration de la tranche 2016-2020 du PNDS a pris en compte les ODD.

La présente SCP, qui couvre la période 2017-2020, a identifié cinq priorités stratégiques à prendre en compte pour répondre aux défis sanitaires du pays en matière de renforcement du système de santé, y compris la gouvernance, d'amélioration de l'état de santé des mères, des enfants et des adolescents, de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, et de promotion de la santé par l'approche « la santé dans toutes les politiques ». La mise en œuvre optimale des actions prévues dans les différents domaines d'intervention liés aux priorités stratégiques permettra à l'OMS d'accompagner efficacement le pays dans ses efforts visant l'accélération de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle.

La période de mise en œuvre de la SCP s'aligne sur le PNDES et sur la tranche révisée (2016-2020) du PNDS. Son contenu alimentera le volet santé du PCNUAD 2018-2020 en cours d'élaboration et les deux prochains plans biennaux (2018-2019 et 2020-2021).

Son élaboration a été participative, en partenariat avec le ministère de la santé et les partenaires du secteur santé, y compris les ONG et associations. Sous la direction du Représentant de l'OMS au Burkina Faso, un comité de pilotage et un groupe de travail comprenant des représentants du bureau de l'OMS au Burkina Faso et du ministère de la Santé ont été mis en place. Ces groupes ont élaboré une feuille de route et des outils qui ont servi à l'évaluation de la mise en œuvre de la SCP 2010-2015 dont le rapport a été exploité pour l'élaboration de la SCP 2017-2020. L'évaluation a consisté en l'administration d'un questionnaire aux représentants de différentes structures du ministère de la Santé, des partenaires techniques et financiers (PTF) bilatéraux et multilatéraux, du système des Nations Unies (SNU) et des ONG, et à l'examen des rapports d'activités du bureau de pays de l'OMS et du ministère de la Santé. Les travaux d'élaboration et de finalisation se sont déroulés sous forme de retraites et de réunions ponctuelles. Un atelier national de validation du document a été organisé avec l'implication de toutes les parties prenantes, notamment le ministère de la Santé, les institutions du SNU, les autres PTF et les ONG et associations.

Le document est structuré en quatre chapitres qui décrivent le contexte sanitaire et socio-économique, le programme d'action stratégique de coopération, les implications et le suivi-évaluation de la mise en œuvre dudit programme d'action.



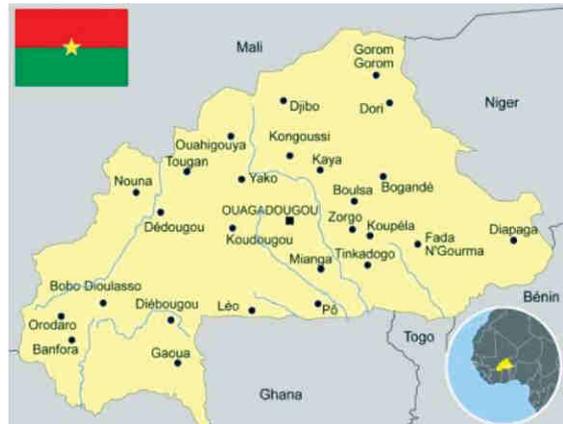
CHAPITRE 2. SANTÉ, SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET DÉMOGRAPHIE

2

2.1 Contexte politique, social et macro-économique

Le Burkina Faso est situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, avec une superficie de 274 000 km². La population du Burkina Faso est estimée à 19 632 147 habitants en 2017 et pourrait atteindre 21 510 181 habitants en 2020 d'après les données du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2006, avec un taux de croissance démographique de 3,1 % et un indice synthétique de fécondité de 5,4. Les femmes représentent 51,4 % de cette population qui est caractérisée par son extrême jeunesse.

En effet, les moins de cinq ans et les moins de 15 ans représentent respectivement 18 % et 47 % de la population totale. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 60 ans au plus (PNDES). La grande majorité de la population (77 %) vit en milieu rural avec un taux d'urbanisation de 22,7 %.



Parmi la population âgée de 15 ans et plus, le taux d'alphabétisation en 2014 est de 34,5 %, dont 44,3 % pour les hommes et 26,1 % pour les femmes (EMC 2015).

Selon l'EMC 2015, 76 % de la population a accès à l'eau potable (93,5 % en milieu urbain et 69,6 % dans les zones rurales) et 8 % seulement a accès à l'assainissement (18,8 % en milieu urbain et 3,9 % en milieu rural). La cible OMD concernant l'accès à l'eau potable a été atteinte.

Le Burkina Faso, qui fait partie des pays les moins avancés, est un pays dont les performances économiques sont fortement tributaires des chocs exogènes en raison de la prédominance de l'agriculture (environ 80 % de la population dépend essentiellement de l'agriculture de subsistance) et de l'importance de l'aide extérieure. Le taux de croissance annuel moyen du PIB réel entre 2011 et 2015 est de 5,5 %. Le revenu national brut par habitant en franc courant est estimé à 660 dollars des États-Unis en 2015 (DGEP/MINEFID, 2015).

Ces performances macro-économiques ne se sont pas traduites par une réduction significative de la pauvreté et des inégalités. En 2014, 40,1 % de la population vivait en-dessous du seuil de pauvreté (dont 47,5 % en milieu rural) contre 46,7 % en 2009. L'indice de développement humain (IDH), qui est de 0,402, classe le Burkina Faso au 183^e rang sur 188 pays en 2014.

Depuis l'adoption de la Constitution du 2 juin 1991, le Burkina Faso a consacré le multipartisme et la séparation des pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire. En fin octobre 2014, une insurrection populaire a éclaté, donnant lieu à une transition politique en 2015, suivie d'un nouveau gouvernement mis en place après des élections démocratiques en janvier 2016.

Au plan, sous régional et régional, le Burkina Faso est membre de plusieurs organisations, notamment l'Union africaine (UA), la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) et le G5 sahel qui fait face à la menace terroriste grandissante.

Au plan sécuritaire, le Burkina Faso est à l'image d'autres pays du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest, en proie à la menace des mouvements terroristes dont les activités criminelles peuvent saper la confiance des investisseurs et de la population, et porter atteinte à la mise en œuvre des politiques et actions en faveur du développement économique et social.

2.2 État de santé de la population

Malgré une amélioration, la situation sanitaire du Burkina Faso reste caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique élevés. Le taux de mortalité brut au sein de la population est de 11,8 pour mille en 2016 (RGPH 2006). A côté de l'espérance de vie à la naissance estimée à 60 ans au plus (PNDES), l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est de 52,6 ans (OMS 2016). La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables (tableau n° 1).

Tableau n° 1. Évolution des principaux indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant entre 2010 et 2015

Indicateurs	Base		Cible 2015		Réalisation 2015
	Année	Valeur	PNDS	OMD	
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (‰)	2010	129	64,5	62,3	81,6
Taux de mortalité infantile (‰)	2010	65	34,43	35,86	42,7
Taux de mortalité néonatale (‰)	2010	28	14	NA	23,2
Taux de mortalité juvénile	2010	68	34	NA	40,7
Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	2010	341	176,7	141,5	330
Taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	2010	76	85	100	83,4
Taux de contraception (%)	2010	28,3	40	45	31,1
Couverture des soins prénatals (au moins une visite) (%)	2010	85,3	100	100	82,3
Indice synthétique de fécondité	2010	6			5,4
Taux brut de natalité (‰)	2006	11,6			
Espérance de vie à la naissance en années	2010	58,3			60

Source : Rapport d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2020

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux maladies transmissibles et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

Au titre des maladies transmissibles, l'une des principales préoccupations de santé reste le paludisme qui constitue le premier motif de consultation, d'hospitalisation et de décès.

Le taux de prévalence du VIH en 2016 est de 0,8 % avec un nombre de décès estimé à 3 100 (ONUSIDA Spectrum 2017). Le taux d'incidence de la tuberculose est estimé à 52 cas pour 100 000 habitants (Rapport mondial TB OMS 2016) et fait de la tuberculose la cinquième cause de décès entre 2010 et 2015 (figure n° 1).

Dans le domaine de la prévention par la vaccination, on note une baisse significative des maladies à prévention vaccinale. Le nombre de cas suspects de rougeole est passé de 7 878 en 2012 à 414 en 2016. Le tétanos néonatal a été éliminé depuis 2012. Au titre de l'éradication de la poliomyélite, aucun cas de Poliovirus sauvage (PVS) n'a été détecté depuis 2009. Les épidémies de méningite à méningocoque A ont disparu depuis 2011.

Il faut signaler la réémergence de la dengue en 2013 avec une importante flambée épidémique en 2016 (2 526 cas suspects/probables/confirmés, dont 20 décès).

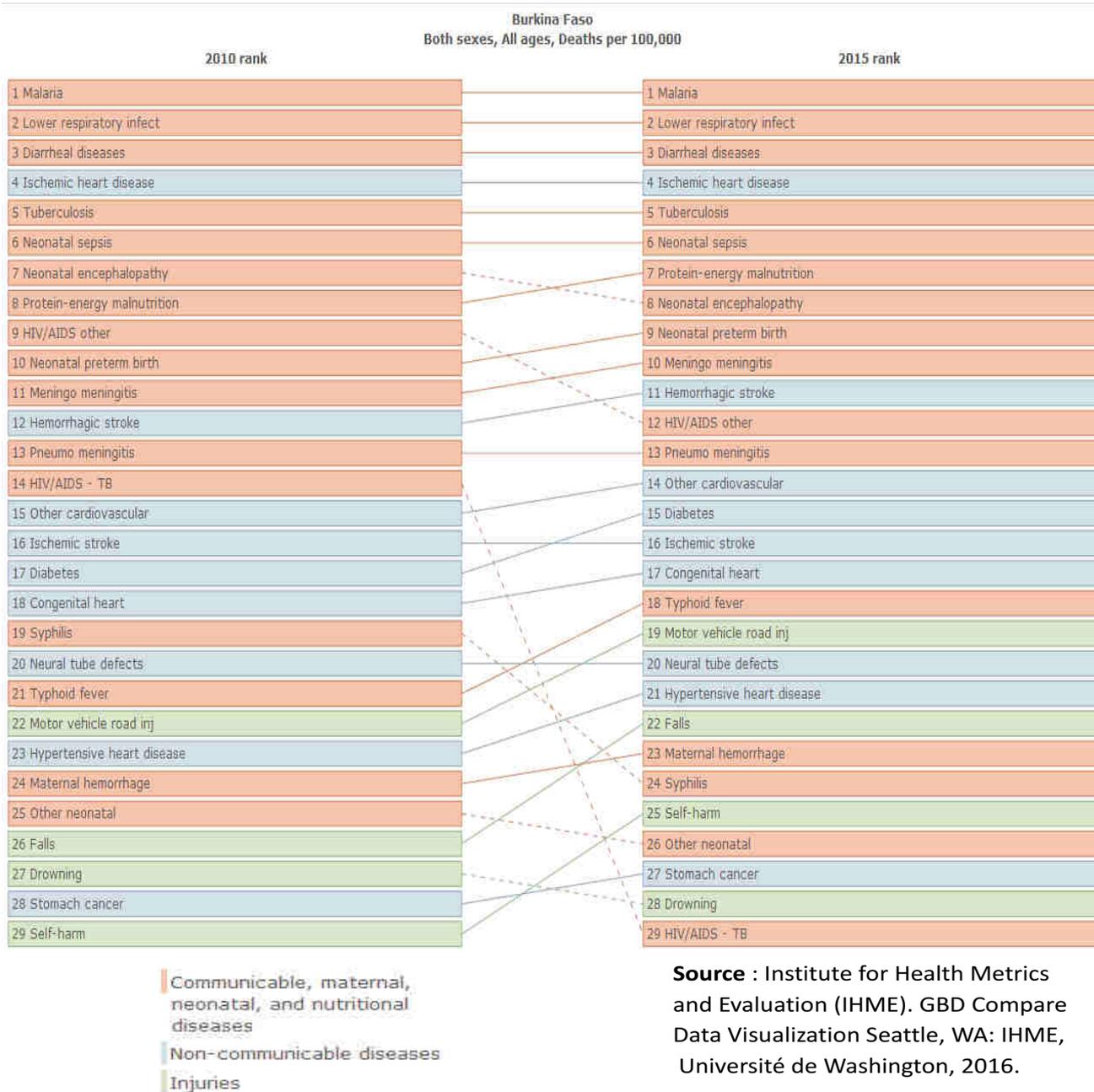
Concernant les maladies tropicales négligées (MTN), aucun cas autochtone de dracunculose n'a été enregistré depuis 2007, mais la filariose lymphatique, le trachome et la schistosomiase restent endémiques et font l'objet d'interventions régulières. Aucun cas autochtone de trypanosomiase humaine africaine (THA) n'a été dépisté depuis plus de 20 ans, mais il y a un risque élevé de réémergence dans les régions des Haut-Bassins, des Cascades et du Sud-Ouest du pays du fait des densités importantes de glossines. Les maladies non transmissibles (MNT) constituent une préoccupation majeure, avec 97,3 % de la population exposée aux facteurs communs de risque. Les prévalences de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'obésité étaient respectivement de 17,6 %, 4,9 % et 2,1 % (enquête nationale 2013 sur les facteurs communs de risque des MNT). La situation des cancers reste assez méconnue en l'absence de registres des cancers.

La prévalence de la malnutrition aiguë globale au Burkina Faso est de 7,6 % en 2016. Entre 2008 et 2016, on note une baisse des taux de malnutrition aiguë sévère de 3,8 % à 1,4%, et chronique globale de 38,1 % à 27,3 % (enquêtes SMART annuelles).

La sécurité routière constitue une importante préoccupation nationale. En effet, selon les données de l'Office national de la sécurité routière, entre 2011 et 2016, le nombre moyen annuel d'accidents était de 17 500, avec environ 1000 décès chaque année.

L'évolution sur cinq ans des causes de décès au Burkina Faso est présentée par la figure n° 1 qui indique que si les six premières causes de décès persistent au même rang entre 2010 et 2015 avec le paludisme en tête, certaines causes comme le VIH/sida et la tuberculose avec un taux de prévalence de 0,9 % en 2015, sont passées du 14^{ème} au 29^{ème} rang.

Figure n° 1. Classement des causes de décès entre 2010 et 2015 au Burkina Faso



Les facteurs de risque ou déterminants de la santé sont liés notamment à la pauvreté, aux pesanteurs socio-culturelles, à l'insuffisance d'accès aux services sociaux de base (eau potable, assainissement et hygiène adéquats, soins de santé de qualité), à une urbanisation mal maîtrisée, à un faible niveau d'éducation, à des comportements individuels et collectifs inappropriés, à un système de surveillance épidémiologique insuffisant et au changement climatique.

2.3 Réponse du système de santé

La réponse du système de santé aux problèmes de santé des populations issue de l'analyse de la situation est organisée selon les piliers du système de santé.

2.3.1 Gouvernance et leadership du secteur de santé

La gouvernance et le leadership du secteur de la santé sont orientés par la politique nationale de santé et le plan national de développement sanitaire 2011-2020 dont la seconde phase 2016-2020 s'inspire du PNDES 2016-2020, sur lesquels s'alignent les partenaires. Des politiques, stratégies et programmes spécifiques ont été élaborés et mis en œuvre pour améliorer l'état de santé des populations et faire face aux urgences sanitaires. Des textes réglementaires ont été adoptés pour encadrer des aspects particuliers de la politique nationale de santé (lutte contre le tabac, RSI 2005, Assurance maladie universelle, etc.).

La politique de décentralisation a favorisé l'implication et la responsabilisation des élus locaux et des partenaires nationaux non étatiques dans la gestion des actions de santé, l'organisation de la santé communautaire et le renforcement de la planification ascendante.

La coordination du secteur est organisée à tous les niveaux (national, régional, de district) à travers les différents comités, les organes de coordination de la mise en œuvre du PNDS et le conseil de la santé. En outre, l'institutionnalisation des revues sectorielles annuelles et les conseils d'administration du ministère de la Santé (CASEM) contribuent à animer et à renforcer le dialogue politique sectoriel.

Afin d'alimenter le dialogue politique et renforcer la redevabilité dans le secteur, le ministère a adopté depuis 2015 la planification axée sur les résultats.

La gouvernance et le leadership sont confrontés aux principaux défis suivants : i) le renforcement des capacités de leadership et de gouvernance pour une meilleure orientation des interventions et des intervenants ; ii) le fonctionnement optimal des organes de coordination multisectorielle et de suivi de la mise en œuvre du PNDS ; iii) l'amélioration de la responsabilisation des acteurs et leur redevabilité ; iv) le renforcement de la planification axée sur les résultats prenant en compte l'équité, le genre et les droits humains ; le renforcement des capacités de gestion des équipes des districts et des directions régionales et la coordination du système de soins par les communes.

2.3.2 Prestation des services de santé

L'offre de soins préventifs, curatifs, réadaptatifs et promotionnels de qualité aux populations est assurée à travers un réseau de structures de soins essentiellement publiques (voir distribution en annexe I). Le nombre d'infrastructures sanitaires publiques est passé de 1897 en 2011 à 2060 en 2015, entraînant une réduction du rayon moyen d'action théorique (RMAT) qui est passé de 7,3 km en 2001 à 6,8 km en 2015 pour une cible de 6 km. Toutefois, des disparités persistent encore. En 2015, l'étendue entre la région la plus favorisée et la moins favorisée était de 9 km et atteignait 13,2 km pour les districts (Rapport évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2020).

L'évolution décrite par la figure ci-dessous est le reflet de l'amélioration de la disponibilité et l'accessibilité géographique de l'offre au fil du temps, mais aussi de l'adhésion des populations aux prestations offertes.



Figure n° 2. **Évolution du RMAT (en km) et du nombre de contacts par habitant par an entre 2001 et 2015**



Source : Annuaire statistique du ministère de la Santé

Le Burkina Faso a adhéré à la résolution AFR/RC45/R3 de la 45^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique relative aux stratégies d'amélioration des soins dans les institutions de santé. Mais l'absence d'un document national ne permet pas d'orienter et d'harmoniser l'offre de soins de qualité centrés sur les personnes en garantissant la sécurité du patient.

2.3.2.1 Santé génésique, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, et nutrition

La mise en œuvre des interventions à haut impact, à l'instar des soins obstétricaux néonataux d'urgence et la planification familiale (SONU/PF), de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME), et de la nutrition, ont permis une amélioration de la disponibilité des services et de la couverture des populations cibles. Le taux des accouchements assistés dans les formations sanitaires périphériques est passé de 34 % en 2001 à 76 % en 2010 et à 83,4 % en 2015. Quant au taux des césariennes, il est passé de 1,8 % en 2011 à 2,4 % en 2015 pour un taux attendu d'au moins 5 %.

Il faut relever l'adoption et la mise en œuvre en 2016 d'une politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer, dont l'ambition est d'améliorer la couverture et l'accès de ces derniers aux services de santé essentiels.

Concernant la planification familiale, la proportion des formations sanitaires offrant au moins trois méthodes contraceptives est passée de 89 % en 2014 à 98,5 % en 2015. Cependant, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives a connu une régression passant de 34,3 % en 2014 à 31,1 % en 2015 et les besoins non satisfaits sont élevés (24 %). L'une des raisons de cette baisse est la rupture d'approvisionnement en contraceptifs liée à une insuffisance de financement et de la chaîne d'approvisionnement.

Les interventions nutritionnelles portent sur la promotion de l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la supplémentation en vitamine A et en micronutriments, le déparasitage, ainsi que la prise en charge des cas de malnutrition aiguë (le taux de guérison est de 93,7 % et le taux d'abandon de 5,4 %) (Annuaire statistique 2015). Un plan multisectoriel validé et en cours d'adoption devrait avoir un impact certain sur la mise en œuvre des stratégies de renforcement de la nutrition.

Dans le domaine des maladies à prévention vaccinale, la mise en œuvre des différentes interventions (vaccination de routine, vaccinations supplémentaires, surveillance) a permis la certification de l'arrêt de la circulation du poliovirus sauvage autochtone, l'élimination du tétanos néonatal, la réduction des foyers d'épidémie de rougeole et de méningite à méningocoque A. Des efforts sont également déployés pour maintenir les acquis des couvertures vaccinales pour le Penta3 (91 %) et pour le VAR1 (88 %) en 2016 (estimations OMS/Unicef). La proportion des enfants complètement vaccinés est passée de 85,50 % en 2010 à 90 % en 2015. Quatre nouveaux vaccins (Rota, Pneumo, Rougeole/Rubéole, HPV) ont été introduits dans le programme élargi de vaccination (PEV) entre 2010 et 2016. Cependant de nombreux enfants cibles continuent d'échapper au système de vaccination, la qualité des données reste insuffisante et la taille de la population cible non maîtrisée.

Principal défi : accroître la disponibilité de services (SONU/PF, PCIME, PTME, vaccination, nutrition) de qualité, y compris au niveau communautaire.

2.3.2.2 Lutte contre la maladie

➤ Lutte contre le VIH/sida et les hépatites

Au niveau de la riposte au VIH qui bénéficie d'un leadership affirmé au plus haut niveau de l'Etat avec le Comité national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST), on note une augmentation du nombre de structures assurant la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) par les antirétroviraux (ARV), qui est passé de 95 en 2010 à 100 en 2014. Cette offre encore limitée sera améliorée par la délégation de tâches jusqu'au 1^{er} échelon du niveau périphérique. La proportion des formations sanitaires offrant les prestations de PTME est passée de 92 % en 2010 à 98,22 % en 2014. En 2015, 86,06 % des femmes enceintes ont bénéficié du dépistage du VIH dans le cadre de la PTME, encore en deçà de l'objectif national de 90 %. Le nombre total de personnes sous traitement antirétroviral est passé de 31 543 en 2010 à 57 178 en 2016, soit une couverture en ARV de 60,3 %, qui est en deçà de la couverture attendue de 90 %.

La situation épidémiologique des hépatites n'est pas maîtrisée, mais un projet de plan stratégique de lutte contre les hépatites virales au Burkina Faso pour la période 2017-2021 est élaboré et en cours de finalisation.

➤ Lutte contre la tuberculose

Avec la stratégie « Halte à la tuberculose », le Burkina Faso a adopté le régime de traitement court de 9 mois par souci d'efficacité et d'observance du traitement. La mise en œuvre de cette stratégie a permis d'obtenir un taux de dépistage de 54 % et un taux de succès thérapeutique de la tuberculose toutes formes de 86,89 % en 2016. Cependant, ces taux de dépistage et de succès thérapeutique restent encore en deçà des normes OMS qui sont respectivement de 70 % et 90 %.

En 2016, la notification des cas de tuberculose multirésistante était de 29,85 % avec un taux de succès thérapeutique de 92,78 %, alors que la cible fixée par le programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) était de 74 %.

➤ *Lutte contre le paludisme*

En ce qui concerne la riposte au paludisme, on peut citer la mise en œuvre des stratégies suivantes : i) la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées de longue durée d'action (MILDA), ii) la chimio prévention saisonnière, iii) le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte, iv) la sécurisation de l'approvisionnement en médicaments pour la prise en charge gratuite du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. D'après l'enquête MIS réalisée en 2015, la couverture en TPI3 chez les femmes enceintes étaient de 21,5 %, l'utilisation des MILDA globalement de 67 %, de 75,3 % pour les enfants de moins cinq ans et 77,1 % pour les femmes enceintes. Quant à la chimio prévention saisonnière du paludisme, elle est offerte dans 54 districts sanitaires sur les 70 que compte le pays. Le programme a comme défi majeur, le renforcement de la couverture universelle en matière de prévention, de diagnostic et de traitement, et la qualité des données de surveillance du paludisme.



➤ *Lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)*

Pour faire face aux MNT, le pays a mis en place un programme national en 2013. Des plans spécifiques à certaines MNT et à certains facteurs de risque (tabac, cancer, santé mentale, santé oculaire et noma) ont été développés et mis en œuvre. En 2015, un plan stratégique intégré 2016-2020 de lutte contre les maladies non transmissibles a été élaboré et est actuellement en cours de mise en œuvre.

➤ *Lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN)*

Le premier plan stratégique de lutte contre les MTN, mis en œuvre entre 2012 et 2016, a permis la consolidation des acquis dans la lutte contre ces maladies au plan national. Un comité de pilotage et un comité technique sur les MTN ont été créés en 2015. La mise en œuvre des différentes interventions a permis la certification de l'interruption de la transmission de la dracunculose depuis 2011. Les couvertures géographiques pour le traitement de masse en 2015 se présentent comme suit : 80 % pour la filariose lymphatique et les helminthiases, 78 % pour l'onchocercose et 97 % pour la schistosomiase et le trachome. Pour la filariose lymphatique et le trachome, les évaluations faites à l'issue des traitements de masse (TDM) ont permis l'arrêt du traitement dans certains districts.

➤ *Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine*

En réponse au problème de santé publique posé par la trypanosomiase humaine africaine (THA), un programme national de lutte contre la THA a été mis en place en 1986 qui a conduit à l'enregistrement de zéro cas autochtone depuis 2005. Cependant des cas importés, notamment de la Côte d'Ivoire voisine, continuent d'être enregistrés, conduisant à la mise en place en 2015, avec l'appui de l'OMS, d'un système de surveillance passive basée sur des sites sentinelles dans les 3 régions des Cascades, des Hauts-Bassins et du Sud-Ouest au vu du risque de transmission toujours présent dans cette partie du pays.

➤ *Urgences sanitaires et RSI*

Dans le domaine des urgences sanitaires, la réponse du pays a consisté en la mise en œuvre effective d'un système intégré de surveillance des maladies, y compris un système d'alerte précoce. Dans le cadre de la mise en œuvre du RSI 2005, un plan 2012-2016 de renforcement des capacités minimales requises est disponible et le pays a adhéré à l'Agenda pour la sécurité sanitaire mondiale. Depuis la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) dans la région ouest-africaine en fin 2014, des activités de préparation aux situations d'urgence sanitaire ont été entreprises avec à ce jour la disponibilité d'équipes d'intervention rapide nationales, régionales et de districts formées.

Principaux défis :

- renforcer la mise en œuvre des interventions de lutte contre la maladie ;
renforcer les capacités nationales de préparation et de riposte aux urgences
sanitaires dans le cadre du RSI.

2.3.2.3 Promotion de la santé

Au regard de l'importance de la promotion de la santé pour la prise en compte de celle-ci dans toutes les politiques, le ministère s'est doté d'une direction centrale et a élaboré son premier plan stratégique de promotion de la santé en 2014. Plusieurs actions ont été menées en vue d'agir sur certains déterminants de la santé, notamment l'élaboration du plan stratégique antitabac et l'adoption des textes d'application de la loi antitabac ; l'adoption de la déclaration de Libreville et les revues annuelles de sa mise en œuvre ; l'adoption du plan d'action de mise en œuvre des recommandations relatives à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments. Il y a cependant une faible mise en œuvre du plan stratégique en raison de l'insuffisance de financements et de ressources humaines qualifiées.



Principal défi : adopter un cadre multisectoriel pour la prise en compte de la vision « La santé dans toutes les politiques ».

2.3.3 Infrastructures, médicaments et technologie de santé

Une carte sanitaire est mise à jour annuellement mais sa mise en œuvre connaît cependant des difficultés avec pour conséquences, entre autres, la persistance de la construction d'infrastructures sanitaires hors normes.

En matière d'équipements, les normes et standards sont disponibles mais ne sont pas suffisamment respectés. En 2014, 49 % des structures sanitaires disposaient de tous les équipements essentiels (Rapport SARA 2014).

Dans le domaine du médicament et autres produits, un système d'approvisionnement réglementé par des politiques et textes afin d'assurer leur disponibilité, leur accessibilité leur qualité existe. Cet approvisionnement est assuré par la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG), les grossistes, officines et dépôts privés. En 2014, le score moyen de disponibilité des médicaments essentiels était de 38 % (Rapport SARA 2014).

Pour ce qui concerne les produits sanguins, la mise en œuvre d'une stratégie de sécurité transfusionnelle a permis d'obtenir un taux de satisfaction des besoins nationaux de 77,94 %.

Principal défi : améliorer l'accès à des médicaments et technologies de santé de qualité, sûrs, efficaces et à un coût abordable pour l'ensemble de la population par une meilleure application des politiques et des textes.



2.3.4 Ressources humaines

Dans le but de rendre disponibles des ressources humaines pour la santé (RHS) à tous les niveaux du système de santé, le ministère a élaboré un plan de développement des ressources humaines pour la période 2013-2020 assorti d'un plan triennal 2014-2016 de développement des ressources humaines. Le tableau ci-dessous montre les résultats des efforts faits par le gouvernement dans ce domaine.

Tableau n° 2. Évolution des ratios des agents de santé par catégorie

	Niveau 2013	Niveau 2014	Niveau 2015	Cible 2015
Ratio population/médecin	21 573	20 864	15 518	18 000
Ratio population/IDE	4965	4809	4243	5000
Ratio population/SFE-ME	10 888	10 253	7 743	10 000
Densité des RHS (médecins + personnels infirmiers + personnels obstétricaux (sages-femmes/maïeuticiens)	6,1/10 000		08,77/10000	

OMS 2016 ; Annuaire statistique Source : Statistiques sanitaires du ministère de la santé 2015

La proportion des formations sanitaires de base (les centres de santé et de promotion sociale -CSPS) remplissant les normes minimales en personnel est passée de 83,1 % en 2010 à 93,2 % en 2016 (Annuaire statistique 2016). Les dépenses liées aux ressources humaines pour la santé ont augmenté de 51 % sur la même période.

Malgré ces efforts, des écarts persistent en termes de répartition de certaines catégories, notamment les médecins et les sages-femmes/MAE en faveur du milieu urbain.

Pour accompagner ces efforts, l'OMS a soutenu la réalisation de trois (03) études sur les RHS (fidélisation des RHS, cartographie, faisabilité socio-économique des stratégies de fidélisation) dont les résultats serviront à prendre des mesures pour améliorer la disponibilité équitable, la fidélisation surtout en zone rurale, et la motivation du personnel de santé. En outre, l'amélioration de la qualité de la formation des agents de santé reste un défi à relever.

Principal défi : renforcer la gouvernance dans la gestion des RHS à l'aide de données probantes.

2.3.5 Information sanitaire et recherche

Le pays dispose d'un plan stratégique du système national d'information sanitaire (SNIS 2010-2020) qui prévoit la mise en place d'un observatoire national de la santé. Parmi, les insuffisances observées dans la production de l'information sanitaire, on note essentiellement la qualité approximative des données : l'enquête qualité réalisée en 2014 a révélé que 30 % des données du SNIS sont discordantes alors que le seuil acceptable est de 5 %. À noter également l'insuffisance de l'informatisation du système de collecte de données, une insuffisance de la désagrégation des données pour permettre la prise en compte de l'équité, du genre, des droits humains et des disparités régionales dans la mise en œuvre des politiques de santé.

La recherche en santé est assurée essentiellement par l'université et cinq institutions de recherche (Centre Muraz, Centre national de recherche et de formation sur le paludisme, Centre de recherche en santé de Nouna, IRSS, etc.) qui produisent des rapports périodiques et bénéficient des ressources du Fonds d'appui à la recherche en santé (FARES). Les principales difficultés sont liées à l'insuffisance des ressources financières et de la coordination, ainsi qu'à la faible diffusion et exploitation des résultats.

Principal défi : renforcer la production et l'utilisation de l'information sanitaire, y compris la création de l'Observatoire national de la santé, pour une meilleure prise de décision.

2.3.6 Financement de la santé

Le système de financement de la santé et ses enjeux au Burkina Faso se présentent comme suit :

➤ Au niveau de la mobilisation des ressources

La part du budget du ministère de la Santé dans le budget de l'État est passée de 8,9 % en 2010 à 12,6 % en 2015, soit un taux d'accroissement moyen de l'ordre de 0,74 % par an. On note donc un effort de l'État dans l'accroissement des ressources affectées au secteur de la santé en vue d'atteindre la cible des 15 % de la Déclaration d'Abuja. L'analyse de la structure des dépenses de santé met en exergue une prédominance des paiements directs des ménages avec 32 %. Or, lorsque ce taux excède 20 %, il devient non seulement source d'exclusion des pauvres dans l'accès régulier aux soins, mais aussi et surtout, source de paupérisation. L'assurance maladie universelle reste embryonnaire et la mutualisation du risque est très faible avec seulement 2 % en 2015.

Aussi, plus d'un quart du financement du secteur dépend des fonds extérieurs avec une moyenne annuelle de 26,4 % sur la période 2012-2015, la pérennité du système de financement étant en péril.

➤ *Au niveau de la mutualisation des ressources*

La mutualisation des ressources est d'abord réalisée au niveau du budget du ministère de la santé. La mutualisation des financements des partenaires est limitée à l'appui budgétaire car le « panier commun » s'est progressivement réduit pour devenir inexistant. Ce qui induit une perte de maîtrise par le ministère de la distribution de ces financements. Les crédits transférés dans le cadre de la décentralisation ne représentent qu'une très faible part du financement de la santé (1,2 %).

➤ *Au niveau de l'achat de services*

Le « Financement basé sur les résultats » mis en œuvre par le Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) est le seul mécanisme d'achat stratégique : une partie du paiement dédiée aux CSPS/CM, CMA, CHR, et à l'encadrement des services de santé (DRS et ECD) est une motivation financière sur la base des performances. Les exemptions de paiement récentes (gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes) sont faites sur une base tarifaire, à l'instar du paiement direct des ménages.

La stratégie nationale de financement propose des options au Gouvernement du Burkina Faso pour mobiliser davantage de ressources domestiques afin d'augmenter le financement de la santé dans la perspective de la réalisation de la CSU et des ODD. Elle explicite bon nombre de réformes du système de santé, dont la gestion du RAMU (Régime d'assurance maladie) par un EPA (établissement autonome) qui gèrera également les exemptions de paiement faisant l'objet d'un tiers-payant.

2.4 Questions transversales

2.4.1 Droits de l'homme et l'équité

Le pays a clairement marqué sa volonté de promouvoir et de protéger les droits humains par sa souscription à la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et par la ratification de plusieurs conventions et traités relatifs aux droits humains, dont la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) de 2009.

Lors de la présentation des rapports relatifs aux organes de traité en juin 2016, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a recommandé dans le domaine de la santé :

- l'augmentation du budget alloué à la santé et la poursuite des efforts pour garantir l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services de santé, en particulier dans les zones rurales ;

- le renforcement des mesures visant à prévenir la mortalité et la morbidité maternelles, notamment en améliorant l'accès des femmes aux soins obstétricaux et néonataux de base ;

- le développement et le renforcement de l'éducation à la santé sexuelle et génésique dans les programmes des établissements d'enseignement primaire et secondaire pour filles et garçons pour qu'elle soit complète et adaptée à chaque tranche d'âge ;

- le développement de programmes pour la prise en charge des handicaps conformément à l'article 25 de la CDPH qui favorise le droit des personnes vivant avec un handicap à la santé physique et mentale.

Comme souligné dans la section 2.1, les populations rurales sont défavorisées en matière d'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

Bien que des efforts soient consentis par les pouvoirs publics pour assurer une meilleure prise en charge sanitaire des populations, la qualité et l'offre des soins de santé restent faibles et inégales. En effet, 21 % de la population parcourt plus de 10 km pour accéder à une infrastructure sanitaire. La densité globale du personnel de santé par rapport à la population demeure en deçà des normes attendues, sauf pour ce qui concerne les personnels infirmiers. Le plus grand déficit s'observe chez les médecins où le ratio est de un médecin pour 15 518 habitants contre une norme de 1 pour 10 000 habitants. Toutefois, ces ratios cachent des disparités régionales au profit du milieu urbain.

L'évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2020 a révélé que 18 districts sur 70 appartenant essentiellement aux régions du Sahel, de l'Est et du Centre-Nord ont un ratio d'une sage-femme pour plus de 10 000 habitants contre une moyenne nationale d'une sage-femme pour 7743 habitants.

2.4.2 Questions de genre

L'indice d'inégalité du genre classe le Burkina Faso 144^{ème} sur 148 pays (2015) avec une valeur de 0,88 qui traduit une relative faiblesse de l'autonomisation des femmes. Cependant, le Burkina Faso est en train de gagner son combat contre la discrimination à l'égard des filles en matière de scolarisation au primaire avec un taux brut de scolarisation de 75 % pour les garçons contre 73 % pour les filles.

Selon le sexe et le milieu de résidence, il n'existe pas de différence significative entre les niveaux de fréquentation des formations sanitaires (63,7 % en milieu urbain contre 62 % en milieu rural et 61,6 % chez les hommes contre 63,2 % chez les femmes).

2.4.3 Populations vulnérables

Les pauvres ont moins accès aux services de santé que les nantis (34,7 % des ménages très pauvres et 37,7 % des ménages pauvres sont situés à moins de 30 minutes du service de santé le plus proche contre 47,7 % des riches et 67,2 % des très riches).

Le niveau d'allocation des ressources aux secteurs sociaux reste trop faible pour relever le niveau de développement du capital humain. En termes de contribution des secteurs sociaux (éducation, santé, protection sociale, eau et assainissement) au PIB, le niveau se situe à 7,5 % en 2015 contre 6,5 % en 2008. Les multiples privations constatées en matière d'accès aux services sociaux de base sont renforcées par les crises alimentaires touchant de larges couches de la population, surtout en milieu rural.

En 2016, environ 660 000 personnes, dont 32 000 réfugiés (installés au Burkina Faso suite à la crise sociopolitique dans la sous-région), avaient besoin d'un appui alimentaire et environ 174 000 personnes ont été en insécurité alimentaire sévère. Ces personnes se trouvaient principalement dans les régions du Sahel, de l'Est, du Centre-Nord et du Plateau Central.



La malnutrition reste un enjeu majeur de santé publique : 510 000 enfants souffrant de malnutrition aiguë globale et 232 000 femmes enceintes et allaitantes ont eu besoin d'un appui nutritionnel en 2016. La moitié de ces personnes se trouve dans quatre régions : le Nord, le Sahel, l'Est et les Hauts-Bassins (HRP 2016).

2.5 Environnement des partenaires au développement

2.5.1 Partenariat et développement de la coopération

Le pays bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires. Il a souscrit à la Déclaration de Paris, à l'accord de partenariat de Busan sur l'efficacité de l'aide publique au développement (APD) et s'est engagé à sa mise en œuvre. En ce qui concerne la répartition de l'APD par secteur, cinq secteurs en ont bénéficié. Le taux d'absorption de l'APD était d'environ 67,5 % en 2015 reparti comme suit : i) Aide programme et aide sous forme de produits (32,4 %) ; ii) Agriculture (10,4 %) ; iii) Distribution d'eau potable et assainissement (10,2 %) ; iv) Education (8,3 %) et v) Santé (6,2 %).

Le gouvernement a adhéré en 2010 au Partenariat international pour la santé (IHP+) qui a été concrétisé par la signature du Compact au niveau national en 2013. Les signataires sont l'OMS, la BAD, l'Union européenne, la Banque mondiale, l'UNFPA, l'UNICEF et la Coopération allemande. Sur douze partenaires du secteur de la santé, deux contribuent à eux seuls pour 74,84 % à l'aide à ce secteur. Il s'agit du système des Nations Unies qui occupe la première place (44,74 %) suivi de l'Union européenne (30,10 %).

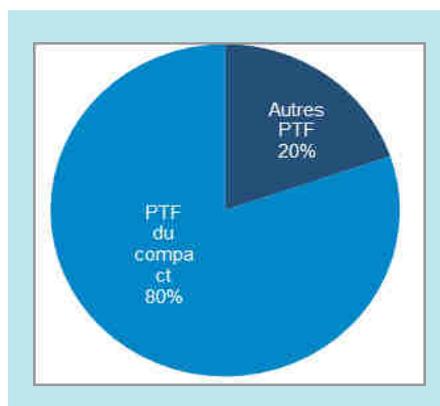


Figure n° 3: Poids des PTF ayant signé le Compact

En termes de poids du secteur de la santé dans le portefeuille global de ces partenaires, l'Italie vient en première place avec 63,60 %, suivie du système des Nations Unies (49,30 %), de la Chine (25,20 %) et du Luxembourg (16,29 %). Voir Annexes IV et V pour les contributions financières des PTF.

La coordination de l'appui apporté par les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé est réalisée essentiellement à travers le dispositif de suivi de la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté qui dispose de cadres de dialogue sectoriels et de suivi de la mise en œuvre des programmes.

En 2016, le gouvernement a adopté le Plan national de développement économique et social qui devient le nouveau cadre référentiel de l'ensemble des partenaires au développement. Il intègre les ODD et se décline en trois axes stratégiques et en objectifs stratégiques dont celui de la santé : « Promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique ». Dans ce contexte, la planification de la santé implique outre le secteur de la santé, les secteurs de la sécurité alimentaire et de l'action sociale. Ce nouveau référentiel a défini les différents cadres de concertation pour son suivi. Au niveau sectoriel, il existe un cadre de dialogue sectoriel avec ses revues annuelles au niveau national et régional. Ce cadre est appuyé par trois groupes thématiques (accès aux services de santé, prestations des services de santé et pilotage et soutien aux services du ministère de la Santé) et sept équipes fonctionnelles. L'OMS est membre et facilite le fonctionnement de tous ces cadres.

Il existe par ailleurs un cadre de concertation des partenaires techniques et financiers intervenant dans la santé avec comme principe la rotation annuelle de la fonction de chef de file. L'OMS coordonne le groupe humanitaire santé composé de l'ensemble des partenaires humanitaires intervenant dans le domaine de la santé. À noter aussi le partenariat OMS-Union européenne dont le soutien financier permet depuis 2014 de renforcer le dialogue politique sectoriel sur des sujets importants comme le financement de la santé, la gouvernance et l'assurance maladie universelle.

Les différentes phases de l'élaboration de la présente SCP ont bénéficié de la contribution des autres partenaires techniques et financiers.

2.5.2 Collaboration avec le système des Nations Unies

Le SNU qui compte 16 agences au Burkina Faso est un partenaire technique et financier important du gouvernement. L'OMS contribue de manière active aux activités de l'équipe de pays. En effet, l'OMS préside le groupe de travail Effet 2 (Capital humain amélioré) actuel du PNUAD prolongé jusqu'en 2017. L'OMS est membre du groupe des PTF pour la nutrition, du groupe de travail sur le sida (UNJTA) et participe aux autres cadres de concertation du SNU (OMT, SMT, PMT, etc.). La valeur ajoutée de l'OMS est reconnue à travers la mise en œuvre de programmes conjoints. Suite à la demande du gouvernement en 2016, l'équipe de pays travaille dans le but d'impulser le processus « Unis dans l'action ».

2.5.3 Contribution du pays à l'agenda mondial et aux objectifs et engagements pris au niveau international

Le Burkina Faso a adhéré aux OMD puis aux ODD et se plie aux rapports annuels. Le pays a actualisé son PNDS en mettant un accent sur l'atteinte des cibles de l'ODD 3 et contribue à l'agenda de développement durable par la mise en œuvre du PNDES'. Il participe aux différentes sessions des rencontres organisées par le système des Nations unies aux plans régional et international. Certains experts du Burkina Faso apportent des appuis techniques aux pays de la sous-région dans les domaines variés tels que la santé maternelle et infantile, la lutte contre les épidémies, les comptes nationaux de la santé, les médicaments, etc. En matière de recherche en santé, le Burkina Faso, qui possède un certain nombre d'institutions de recherche reconnues, participe notamment à un essai clinique d'un vaccin contre le paludisme (RTS, S01) chez les enfants âgés entre cinq et dix-sept mois.

L'évaluation de la mise en œuvre de la SCP 2010-2015 a permis de tirer les leçons suivantes :

- le maintien du processus de planification participatif et inclusif est une bonne pratique à encourager pour faciliter la connaissance de la SCP par toutes les parties prenantes et son appropriation par le bureau pays de l'OMS, le ministère de la Santé et les partenaires intervenant dans le secteur de la santé ;
- le processus de mise en œuvre et d'évaluation de la SCP nécessite une mobilisation plus conséquente de ressources financières : les budgets mis à la disposition sont toujours inférieurs aux prévisions qui se rapprochent des besoins réels ;
- une meilleure appropriation des projets et programmes par les directions techniques du ministère de la Santé permet de réaliser de meilleurs résultats ;
- une budgétisation de la SCP pourrait la rendre plus opérationnelle et plus facile à utiliser comme instrument de plaidoyer pour le financement ;
- un meilleur suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SCP permettra de l'ajuster aux changements qui interviennent au plan national et même mondial ;
- la disponibilité de ressources financières et humaines pour répondre aux sollicitations du ministère de la Santé et des partenaires augmente la visibilité de l'OMS ;

L'établissement d'un lien entre la SCP, le plan de travail biennal et le plan annuel de gestion des risques permettra d'assurer la continuité des programmes en apportant une réponse appropriée aux risques préalablement identifiés.

Sur la base de ces leçons tirées, un accent sera mis sur :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de promotion de la SCP 2017-2020 ;
- le renforcement du mécanisme de suivi-évaluation de la SCP en collaboration avec le ministère de la santé ;
- la formalisation de groupes de responsabilité sectorielle au niveau du bureau de pays de l'OMS pour une meilleure intégration et coordination des programmes ;
- la prise en compte des notions de genre, de droits humains et d'équité dans la conception des programmes ;
- le recrutement de personnel complémentaire et/ou la redistribution des programmes et des tâches entre le personnel en tenant compte des profils disponibles pour une meilleure mise en œuvre de la SCP ;
- la mise à jour régulière du registre des risques.



CHAPITRE 3. PROGRAMME STRATÉGIQUE POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE BURKINA FASO

3

L'analyse effectuée dans le chapitre précédent a permis d'identifier cinq priorités

Priorité stratégique 1. Progression accélérée vers la couverture sanitaire universelle par le renforcement du système de santé en vue d'un accès équitable à des services de santé de qualité

Domaine d'intervention 1.1 *Gouvernance et leadership renforcés incluant l'approche genre, équité et droit de l'homme.*

Dans ce domaine, l'OMS apportera son appui à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des politiques, stratégies et plans axés sur les résultats en prenant en compte l'équité, le genre et les droits de l'homme. De façon spécifique, elle appuiera l'opérationnalisation de la nouvelle politique nationale du secteur santé, notamment l'élaboration de stratégies et programmes spécifiques. Le développement d'un nouveau Compact national Santé sera soutenu dans le cadre du partenariat pour la CSU.

En vue du renforcement du dialogue sectoriel, l'OMS apportera son appui au fonctionnement des cadres de concertation et de coordination, à l'élaboration et au suivi de la mise en œuvre des politiques, stratégies et plans à tous les niveaux du système de santé. En outre, les revues sectorielles annuelles de suivi des performances seront soutenues.

Un accent particulier sera mis sur les districts sanitaires dont les membres des équipes cadres bénéficieront de la formation sur les thématiques pertinentes telles que la gestion du système de santé de district, la planification axée sur les résultats et le dialogue entre les parties prenantes sur les politiques de santé.

Un soutien sera fourni au pays pour le renforcement des capacités, notamment dans l'utilisation des TIC pour la production, le contrôle de qualité et l'utilisation de l'information sanitaire pour faciliter le suivi des tendances des indicateurs de performance pour la réalisation des objectifs nationaux et internationaux (ODD).

Domaine d'intervention 1.2 *Offre et qualité des prestations améliorées avec une gestion stratégique des ressources humaines pour la santé et une disponibilité des médicaments essentiels*

1.2.1 Gestion stratégique des ressources humaines pour la santé

En vue de l'évolution vers la CSU, l'OMS apportera son soutien à la mise à jour et à l'opérationnalisation du plan stratégique des RHS et son plan d'action triennal prenant en compte les recommandations des études réalisées pour la fidélisation et la motivation du personnel. Le renforcement des capacités de production de RHS de qualité et en quantité suffisante sera appuyé à travers l'appui institutionnel aux établissements et écoles de formation de base en science de la santé et à la gestion stratégique. L'appui de l'OMS portera également sur la mise en œuvre du plan de formation continue, y compris en hygiène hospitalière.

Pour un meilleur suivi et une gestion optimale de ces RHS, l'OMS apportera son appui au pays pour l'élaboration de son profil, la mise en place d'un observatoire national des RHS et la réalisation des comptes nationaux des personnels de santé.



1.2.2 Disponibilité accrue des médicaments essentiels de qualité et technologies de santé appropriées

L'OMS aidera le pays à améliorer l'accès aux médicaments et autres produits de santé essentiels, ainsi qu'aux technologies de santé de qualité sûrs et efficaces à un coût abordable à travers le renforcement des capacités en matière d'approvisionnement, de contrôle de qualité et de réglementation du secteur pharmaceutique.

Pour une meilleure mise en œuvre des interventions communautaires, le plan d'approvisionnement en médicaments, commodités et fournitures nécessaires sera renforcé pour prendre en compte l'approvisionnement des agents de santé communautaires pour la prise en charge des enfants.

L'OMS appuiera l'actualisation de la liste nationale des médicaments essentiels, la promotion de l'utilisation des génériques, l'usage rationnel des médicaments et l'assurance qualité. La lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure, faux, faussement étiquetés, falsifiés ou contrefaits (SSFFC) dans la chaîne d'approvisionnement sera soutenue. A cet effet, la mise en place de l'autorité nationale de réglementation du secteur pharmaceutique (ANR) sera appuyée afin de lui permettre de jouer pleinement et efficacement son rôle.

Par ailleurs, un accent sera mis sur la lutte contre les résistances aux antimicrobiens.

L'OMS soutiendra également l'amélioration de la disponibilité des produits sanguins labiles de qualité. A cet effet, l'Organisation fournira un appui pour la promotion du don de sang, la fidélisation des donneurs et le plaidoyer pour un financement adéquat de la transfusion sanguine.

1.2.3 Mise en œuvre de la stratégie de la qualité des soins centrés sur les personnes et la sécurité des patients

Dans l'optique d'offrir des prestations de soins de qualité, centrés sur le patient et garantissant sa sécurité, l'OMS soutiendra le renforcement des capacités du ministère de la Santé dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'une « stratégie de la qualité des soins centrés sur les personnes et la sécurité des patients ».

Le processus de certification, d'accréditation et de catégorisation des formations sanitaires en fonction de la disponibilité et de la qualité des prestations par niveau sera une priorité.

Domaine d'intervention 1.3 Protection contre le risque financier lié au paiement des soins

Dans le but d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé en vue de la CSU, l'OMS apportera son appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de la santé et particulièrement l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle (AMU) et les politiques de subvention et de gratuité des soins spécifiques au profit des enfants et des femmes enceintes.

L'OMS soutiendra la mise en œuvre de la Stratégie nationale de financement de la CSU pour la période 2017-2030, notamment la mise en place et la formation d'une équipe fonctionnelle chargée de l'achat stratégique, des concertations et du plaidoyer pour une augmentation des financements domestiques et extérieurs pour la santé.

Priorité stratégique 2. Élimination des décès évitables et amélioration de la santé et du bien-être de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Domaine d'intervention 2.1 Qualité améliorée de l'offre des prestations de santé génésique, de santé de la mère et des nouveau-nés, de l'enfant à tous les niveaux du système de santé et promotion effective de la santé des adolescents

L'OMS apportera un appui à la mise en œuvre des interventions à haut impact (SONU, PF, PCIME, PTME, SENN, etc.) à travers les stratégies nationales et les engagements en faveur de la stratégie du Secrétaire général des Nations Unies (SGNU) pour la santé de la femme, de l'enfant et des adolescents 2016-2030. Un accent sera mis sur les points ci-dessous.

- i) L'adaptation et l'appui à la mise en œuvre des directives de l'OMS et le soutien au dialogue politique entre les partenaires sur la stratégie globale et le plan SRMNIA-PA (Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, de l'Adolescent et des personnes Agées) pour lever les goulots d'étranglement, améliorer l'accès et la qualité des interventions, renforcer le système de santé afin de mettre fin aux décès évitables de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et améliorer la santé des adolescents. Un accent particulier sera mis sur la santé des adolescents selon la directive mondiale AA-HA! (Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents) qui fournit une approche systématique pour comprendre les besoins en matière de santé des adolescents dans le contexte du pays et planifier, suivre et évaluer les programmes de santé les concernant. Singulièrement, un appui sera fourni pour la mise en œuvre, le suivi-évaluation du Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2016-2020.
- ii) Le renforcement des capacités pour améliorer le système d'information sanitaire sur la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, y compris la mise en œuvre de la feuille de route pour la Commission sur l'information et la redevabilité pour la santé des femmes et des enfants, ainsi que la surveillance et la réponse.
- iii) L'élaboration, la revue et l'évaluation des plans stratégiques RMNCAH.
- iv) La révision des outils, le plaidoyer pour le partage des expériences et des meilleures pratiques en RMNCAH, et l'appui des politiques et des stratégies afin d'élargir l'accès aux interventions de qualité couvrant la période avant la grossesse jusqu'au au post-partum, en particulier les 24 heures entourant l'accouchement.
- v) L'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux conformément aux standards de l'OMS pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents.

Domaine d'intervention 2.2 Éradication et contrôle des maladies cibles du PEV par l'immunisation optimale et la surveillance

L'action de l'OMS devra contribuer à renforcer et maintenir les acquis de la vaccination, y compris ceux de l'éradication de la poliomyélite par le renforcement du PEV de routine, l'introduction de nouveaux vaccins (VPI, HPV) et l'appui à la surveillance des maladies cibles. L'OMS va poursuivre également son appui à la stratégie « Atteindre chaque enfant », au développement de stratégies spécifiques (vaccination dans les marchés, les zones non loties, les sites d'orpaillage, les sites de réfugiés, etc), aux activités de vaccination supplémentaires (rougeole, polio, fièvre jaune, méningite) en vue de rattraper les enfants qui échappent à la vaccination, ainsi qu'à l'introduction de nouveaux vaccins.

Pour la surveillance des maladies cibles du PEV, l'appui de l'OMS devra : i) contribuer à maintenir une surveillance efficace des paralysies flasques aiguës (PFA) ; ii) renforcer la surveillance environnementale du poliovirus et son confinement au laboratoire jusqu'à la certification de l'éradication au niveau régional et même au-delà de la cessation définitive de l'utilisation de tout vaccin oral antipoliomyélitique (VPO) ; iii) poursuivre le soutien à la surveillance sentinelle des nouveaux vaccins (Rota, MPB, Hib, SRC) ; iv) soutenir le fonctionnement des laboratoires nationaux de référence (LNSP, Laboratoires rougeole et fièvre jaune) ; v) mettre en œuvre le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2016-2020 avec un accent sur la surveillance en mode élimination et la documentation de la certification de l'élimination de la rougeole ; iv) poursuivre la mise en œuvre de la stratégie de prévention du tétanos néonatal (TNN). Dans le domaine de la coordination, l'OMS poursuivra son appui au fonctionnement des différents cadres de concertation du PEV, à l'élaboration des plans stratégiques et documents de partenariat et aux revues du programme.

Domaine d'intervention 2.3 Santé et état nutritionnel améliorés pour l'enfant, l'adolescent et les mères

L'OMS soutiendra le plaidoyer pour l'adoption, le financement, la mise en œuvre, la revue à mi-parcours et l'évaluation finale du plan multisectoriel de nutrition (PSMN) 2016-2020, en vue d'un meilleur impact sur la mise en œuvre des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition. Les résultats attendus sont : la réduction de la sous-nutrition ; la réduction des carences en micronutriments ; le renforcement de la lutte contre la surnutrition et les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition ; le renforcement de la sécurité sanitaire des aliments et l'amélioration de la gouvernance en matière de nutrition à travers la coordination du réseau du système des Nations Unies pour la nutrition.



Priorité stratégique 3 Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles en adéquation avec la réalisation des cibles des ODD

Domaine d'intervention 3.1 Lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme conduite de manière efficace pour l'atteinte des cibles des ODD

En matière de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales, l'OMS soutiendra le pays dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des stratégies de prévention et de traitement du VIH et des hépatites. L'accompagnement portera spécifiquement sur la mise en œuvre des nouvelles directives OMS relatives à l'utilisation des ARV, la surveillance de la résistance du VIH aux ARV et la mobilisation des ressources. L'OMS contribuera à l'animation des cadres de coordination des acteurs communautaires dont le rôle est crucial pour le succès de la lutte contre le VIH/Sida. Les sessions annuelles du Conseil national de lutte contre le sida et les IST (CNLS-IST), les réunions techniques des cellules de suivi-évaluation du Secrétariat permanent du CNLS-IST et du ministère de la Santé seront soutenues. La Journée mondiale de lutte contre le sida qui est célébrée chaque année sera pour l'OMS, l'occasion de contribuer aux actions de plaidoyer pour la lutte contre ce fléau. L'OMS apportera son appui technique à l'instance nationale de coordination et de gestion des subventions (CCM/Burkina Faso) pour le suivi stratégique des interventions et l'élaboration des documents de financement du Fonds mondial.

En ce qui concerne la lutte contre les hépatites virales, un soutien sera apporté à la mise en œuvre du plan stratégique 2017-2021 à travers notamment l'accompagnement des activités de sensibilisation des populations et la mobilisation de ressources.

Concernant la lutte contre la tuberculose, un appui sera apporté pour la mise en œuvre de la stratégie « Mettre fin à la tuberculose » qui est déjà prise en compte dans le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2018-2022 du Burkina Faso à travers les trois piliers : i) **Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient ; ii) Politiques audacieuses et systèmes de soutien ; iii) intensification de la recherche et de l'innovation. Une attention particulière sera accordée à l'intensification du dépistage et de la prise en charge des cas de tuberculose, y compris les cas de tuberculose multirésistante. Un soutien sera également apporté pour le renforcement des activités collaboratives de lutte contre la coinfection TB/VIH, de la prise en charge des comorbidités et du traitement préventif des personnes à haut risque contre la tuberculose.**

Concernant la stratégie ENGAGE- TB, le plaidoyer sera poursuivi pour son adoption par le pays et son intégration dans le Plan stratégique de lutte contre la tuberculose et sa mise en œuvre.

En ce qui concerne la lutte contre le paludisme, l'OMS soutiendra la mise à jour du plan stratégique et des directives nationales de lutte contre le paludisme conformément aux recommandations de l'OMS, la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 et le cadre africain de mise en œuvre de cette stratégie.

A cet effet, l'OMS soutiendra la conduite des revues annuelles, la revue à mi-parcours du plan stratégique et la revue de la performance du programme de lutte contre le paludisme, y compris l'analyse des gaps programmatiques. La commémoration des journées mondiales de lutte contre le paludisme et toutes les instances de partenariat seront mises à profit pour faire le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources, afin de garantir l'accès universel de la population à la prévention (MILDA, PID, TPIg, CPS), au diagnostic biologique (test de diagnostic rapide et microscopie) et au traitement des cas de paludisme. Aussi, les capacités nationales seront-elles renforcées dans ces domaines à travers l'appui à la formation, à la supervision, à l'assurance qualité et au contrôle de qualité du diagnostic biologique du paludisme.

Les capacités des acteurs en matière de gestion, d'analyse, de dissémination et d'utilisation des données sur le paludisme seront renforcées pour la production des données épidémiologiques de qualité en vue d'une bonne prise de décision. Un appui sera apporté à la dissémination et l'utilisation des résultats de recherche sur le paludisme.

Le suivi-évaluation et la surveillance du paludisme, y compris la résistance aux médicaments et aux insecticides seront soutenus à travers l'appui au fonctionnement du comité de gestion des résistances, au monitoring de la résistance des vecteurs aux insecticides, à la mise à jour de la cartographie des résistances et à la conduite des tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques. L'OMS poursuivra son appui à la mobilisation de ressources auprès du Fonds mondial et au suivi de l'utilisation des financements mobilisés.

Domaine d'intervention 3.2 Lutte contre les maladies tropicales négligées adaptée aux nouveaux défis

Dans le domaine de la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN), l'appui de l'OMS portera sur le renforcement des capacités de mise en œuvre et de suivi des interventions du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN), spécifiquement pour la poursuite de la mise en œuvre des traitements de masse (TDM) et des évaluations d'impact en vue de la réorientation des stratégies. Une attention particulière sera accordée au renforcement de la surveillance sentinelle de la trypanosomiase humaine africaine dans les zones à risque identifiées et à la mise en œuvre d'une surveillance épidémiologique et entomologique des arboviroses, y compris la dengue.

Domaine d'intervention 3.3 Lutte contre les maladies non transmissibles adaptée au nouveau profil épidémiologique

Dans le domaine des maladies non transmissibles, l'appui sera orienté vers la mise en œuvre et le suivi du plan stratégique multisectoriel de lutte contre les MNT, notamment le renforcement de la coordination et de la mobilisation des ressources nécessaires. La prise en compte des interventions prioritaires de lutte contre les MNT (WHO NCD best buy), ainsi que la définition et la mise en œuvre du paquet minimum de soins des structures primaires pour les MNT (WHO PEN) feront l'objet de l'accompagnement de l'OMS. Un appui sera également apporté pour la mise en place d'un registre du cancer et le renforcement de la coordination des activités des associations œuvrant pour la lutte contre le cancer.

L'appui à la mise en œuvre du Plan stratégique national de sécurité routière se poursuivra à travers l'accompagnement des activités de sensibilisation des populations, de collecte et de diffusion des données pour la prise de décision et la mise en place d'une meilleure coordination entre les différents acteurs, y compris les associations de promotion de la sécurité routière.

Priorité stratégique 4. Renforcement des capacités de préparation et de riposte aux maladies émergentes et re-émergentes et aux conséquences sanitaires des catastrophes en adéquation avec la sécurité sanitaire globale et le RSI 2005

Domaine d'intervention 4.1 Capacités de prévention et de surveillance renforcées et adaptées à l'agenda de la sécurité sanitaire globale et aux exigences du RSI 2005

L'appui de l'OMS portera sur l'évaluation régulière du niveau de mise en œuvre du RSI 2005, et le renforcement des capacités dans les différents domaines ciblés par l'agenda de la sécurité sanitaire globale. Le plaidoyer et le soutien se poursuivront pour l'effectivité de la mise en œuvre de l'approche « Une seule santé » entre santé humaine, santé animale et environnement pour le renforcement de la coordination et des actions conjointes. L'OMS soutiendra l'évaluation régulière des risques d'urgence sanitaire en vue de l'élaboration de plans de préparation aux urgences et de la mise en œuvre des activités de réduction des risques identifiés.

Domaine d'intervention 4.2 Riposte et gestion des urgences conformes au système de gestion des incidents

L'OMS poursuivra son appui au renforcement des capacités nationales de réponse aux situations d'urgence sanitaire à travers la mise en place et le fonctionnement du Centre des opérations d'urgence de santé publique, ainsi que le renforcement des capacités des équipes d'intervention rapide pour tout type d'urgence (formation, exercice de simulation).

Priorité stratégique 5. Promotion de la santé par la prise en compte des déterminants de la santé, y compris le genre, l'équité et les droits de l'homme, et par le développement d'une santé communautaire à travers une meilleure approche intersectorielle

Domaine d'intervention 5.1 Prise en compte des principaux déterminants de la santé dans les politiques et programmes de développement

Au regard de l'importance de la promotion de la santé et en vue d'agir sur certains déterminants sociaux de la santé, l'action de l'OMS va porter sur : i) le renforcement des capacités des acteurs dans le domaine des déterminants de la santé, y compris le genre, l'équité et les droits humains pour les intégrer dans le processus d'élaboration des politiques et programmes de santé ; ii) le renforcement du plaidoyer pour la prise en compte de la vision « La santé dans toutes les politiques » dans les secteurs concernés par les déterminants sociaux de la santé (DSS); iii) le plaidoyer pour la mise en place d'un cadre multisectoriel en vue d'agir de manière concertée sur les principaux déterminants de la santé. Ce cadre multisectoriel devra être mis à profit pour développer des stratégies de lutte contre les facteurs de risque en rapport avec les déterminants de la santé.

Dans le domaine Santé et environnement et de l'accès de la population à l'eau potable, l'OMS va apporter son appui : i) à l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'adaptation du secteur de la santé au changement climatique ; ii) au suivi de la mise en œuvre du plan d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement à travers l'IRC, centre collaborateur de l'OMS, iii) à la réflexion sur la mise en place d'un système efficace de gestion des déchets biomédicaux à tous les niveaux du système de santé.

Par ailleurs, l'OMS devrait apporter son appui : i) au renforcement du cadre juridique et institutionnel relatif à la sécurité sanitaire des aliments ; ii) au renforcement des capacités des services d'inspection et de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments ; iii) à la mise en application de bonnes pratiques en matière de sécurité sanitaire des aliments par tous les acteurs de la chaîne alimentaire, afin de maintenir un haut niveau de sécurité des aliments.

Domaine d'intervention 5.2 Capitalisation des interventions à base communautaire

L'accent sera mis sur l'appui à l'élaboration du plan stratégique de santé communautaire, conformément aux politiques et directives nationales et aux recommandations ICCM de l'OMS, la conduite, le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la PCIME communautaire.

Pour développer une collaboration renforcée avec les communautés et faciliter la mise en œuvre des stratégies de prévention des maladies, l'appui apporté par l'OMS sera orienté vers la documentation de l'impact des interventions des agents de santé à base communautaire. Ceci permettra d'accroître l'accessibilité des services de santé à base communautaire, de renforcer les capacités des acteurs à offrir des soins à base communautaire de qualité, de renforcer les capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé et d'améliorer le cadre institutionnel et réglementaire de la santé communautaire. L'approche IFC (Individu, famille et communauté) servira de stratégie catalytique à la santé communautaire.

Domaine d'intervention 5.3 Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)

L'OMS poursuivra son appui à la mise en œuvre de sa Convention-cadre sur le tabac à travers le renforcement du plaidoyer en faveur de la mise en œuvre des textes d'application de la loi antitabac, le soutien au fonctionnement du Comité national de lutte contre le tabac et la gestion des données sur le tabac.

Alignement de la SCP sur d'autres cadres stratégiques (PNDS, 12^{ème} PGT, ODD, PCNUAD, AT/AFRO)

L'alignement de la Stratégie de Coopération avec le pays sur d'autres référentiels est jugé satisfaisant dans l'ensemble (annexe VI). Seuls les domaines d'intervention relatifs aux maladies (DI 3.2 et DI 3.3) et à la lutte contre le tabagisme (DI 5.3) n'ont pas de traduction dans le Plan cadre des nations unies pour l'aide au développement(PCNUAD). Les opportunités offertes par l'élaboration du PNUAD 2018-2020 permettront de combler cette lacune. Il en est de même pour l'actualisation en cours de la 2^{ème} tranche du PNDS qui permettra de renforcer la prise en compte de problèmes devenus prioritaires avec le temps.



CHAPITRE 4. MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE : IMPLICATIONS POUR LE SECRÉTARIAT DE L'OMS

4

Cet agenda qui couvre la période 2017-2020 va être utilisé pour la planification opérationnelle 2018-2019, qui marquera la fin du 12^{ème} Programme général de travail (PGT), et pour la planification opérationnelle 2020-2021 qui sera le début de la mise en œuvre du 13^{ème} PGT (2019-2023). L'agenda stratégique sera également utilisé pour la contribution de l'OMS au Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement en faveur du Burkina Faso (PCNUAD/UNDAF 2018-2020).

L'agenda sera mis en œuvre en étroite collaboration avec les institutions nationales, y compris les acteurs non étatiques et la société civile. Il fera l'objet de partenariats stratégiques et techniques aussi larges que possible dans le cadre des efforts conjoints du gouvernement et des partenaires, pour améliorer la coordination et l'efficacité de l'aide en faveur des ODD traduites dans les référentiels nationaux (PNDES, PNDS, etc.).

Sur la base des leçons apprises de l'évaluation de la SCP antérieure, la mise en œuvre du programme d'action stratégique va intégrer les fonctions essentielles du secrétariat, les aspects relatifs à la responsabilisation et au renforcement des contrôles internes et externes des risques tant endogènes qu'exogènes, mais surtout les potentialités du bureau de pays de l'OMS.

Les fonctions essentielles de l'OMS telles que reprises dans le 12^{ème} PGT sont les suivantes :

1. Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire.
2. Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles.
3. Fixer des normes et des critères, et encourager et suivre leur application.
4. Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes.
5. Fournir un appui technique, œuvrer pour le changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles.
6. Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

Dans son rôle de chef de file, l'OMS va renforcer le dialogue politique avec la partie nationale et les partenaires sur les principaux défis sanitaires et les actions proposées dans la présente stratégie en vue d'une meilleure coordination, en tenant compte des cadres existants. À travers les domaines d'intervention proposés, l'OMS va soutenir l'élaboration des politiques et stratégies des différents programmes, y compris les urgences en s'assurant que celles-ci profitent des normes et standards appropriés tout en utilisant les données basées sur des évidences scientifiques. Un appui technique de qualité sera apporté au gouvernement, notamment pour le renforcement des capacités institutionnelles, et aux partenaires intervenant dans le secteur de la santé, y compris les autres agences du système des Nations Unies.

Dans le cadre du programme de transformation de la Région africaine, des indicateurs clés de performance ont été définis. Leur appropriation permettra au bureau de pays de l'OMS d'améliorer son niveau de responsabilisation et sa culture des contrôles internes et externes pour plus d'efficacité et d'efficience dans l'appui au pays.

En 2016, le bureau de pays comptait 32 membres du personnel, dont deux professionnels internationaux, 10 professionnels nationaux et 20 assistants des services généraux. Il bénéficie d'infrastructures et d'équipements globalement satisfaisants, y compris les équipements de technologie de l'information et de la communication. Le bureau partage le même site que l'équipe OMS d'appui inter-pays pour l'Afrique de l'Ouest qui est composée de professionnels internationaux en charge des programmes des différents groupes de responsabilité sectorielle du Bureau régional, ce qui constitue un atout pour le bureau de pays en termes d'appui technique de proximité.

L'analyse des ressources humaines et financières montre que pour atteindre les résultats du programme d'action' stratégique, certaines insuffisances doivent être comblées.

L'absence de profils techniques concerne principalement le financement de la santé, la gestion stratégique des RHS et la promotion de la santé. Cependant, le bureau de pays devra s'engager dans un exercice de définition de profils adaptés au contexte du pays. Certaines descriptions de poste seront révisées et, dans la mesure du possible, des recrutements seront réalisés à ces postes. En raison de l'insuffisance des ressources financières et pour combler le déficit en ressources humaines, une redistribution des programmes entre les chargés de programmes présents a déjà été opérée mais devrait être complétée par un renforcement complémentaire des capacités pour leur permettre de s'occuper des programmes supplémentaires qui leur ont été attribués. Ce renforcement complémentaire des capacités sera fourni à travers les activités des programmes et par les efforts individuels du personnel dans le cadre du plan de formation et de développement professionnel. Des appuis pour la mise en œuvre de l'agenda seront également sollicités auprès des différents niveaux de l'organisation et des techniciens d'autres bureaux de pays si nécessaire.

Par ailleurs, une meilleure intégration des programmes contribuera à améliorer leur suivi et l'appui au pays. Dans ce contexte, la mise en place et le fonctionnement de groupes de responsabilité sectorielle au sein du bureau de pays de l'OMS serait nécessaire. Pour pallier l'insuffisance de personnel d'appui aux programmes, un redéploiement du personnel au sein de l'administration serait nécessaire.

L'insuffisance du budget habituellement alloué pour le plan d'action biennal du bureau de pays ne permet pas de recruter tous les profils nécessaires à la mise en œuvre de l'agenda et de mettre en œuvre toutes les activités planifiées (entre 2010 et 2015, 90 % du budget planifié ont été alloués dont 16 % consacrés aux salaires).

Sur le plan financier, en dehors du programme en charge de la santé de la mère et de l'enfant, on note une faible mobilisation de ressources pour certains programmes/domaines tels que la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose, les maladies non transmissibles, la prise en compte des déterminants de la santé, le renforcement du système de santé, la nutrition, etc. Pour faire face à ce défi, le bureau va renforcer ses capacités de mobilisation de ressources avec l'appui du Bureau régional et mettre l'accent sur la complémentarité avec d'autres partenaires financiers dans l'assistance au pays.

Si les risques liés aux ressources humaines et financières sont les plus évidents, d'autres risques internes et externes ont été répertoriés et des solutions proposées dans le registre des risques disponibles. Au moins deux fois par an, le comité de gestion des risques présidé par le Représentant résident de l'OMS fera une évaluation, et le plan de continuité sera révisé en conséquence.



CHAPITRE 5: SUIVI-ÉVALUATION DE LA SCP

5

Le bureau pays de l'OMS assurera le suivi et l'évaluation de son action dans le pays avec l'appui du Bureau régional et du Siège, afin de mieux apprécier sa contribution au développement sanitaire du Burkina Faso et apporter les ajustements nécessaires.

Le but du suivi-évaluation de la SCP est de mesurer les progrès réalisés par rapport aux objectifs initiaux, et de réunir des informations pour améliorer la coopération de l'OMS dans le pays. Avec l'Agenda de transformation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, des indicateurs clés de performance, aussi bien programmatiques que managériaux, ont été définis. Au total 20 indicateurs, dont treize obligatoires et sept spécifiques au pays, tous intégrés au plan de travail, contribueront à la mesure des progrès accomplis par le pays. Les indicateurs principaux qui feront l'objet de suivi-évaluation des progrès du pays sont repris dans l'annexe VII.

La maîtrise du Système mondial de gestion (GSM) et des procédures liées au contrôle interne, à la redevabilité et à la gestion des risques, sera un atout pour la planification, le suivi-évaluation de la mise en œuvre et la gestion des programmes, y compris les budgets alloués pour la mise en œuvre des plans de travail.

En tenant compte des leçons apprises de la mise en œuvre des SCP antérieures, le bureau de pays de l'OMS fera des efforts pour mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités de suivi et surtout d'évaluation.

5.1 Acteurs impliqués dans le suivi-évaluation de la SCP

Le suivi, la revue à mi-parcours et l'évaluation finale de la SCP seront assurés par le bureau pays de l'OMS avec l'implication de la partie nationale et les partenaires du secteur de la santé. Les cadres sectoriels nationaux de dialogue seront mis à profit.

En vue de faciliter la coordination des activités de suivi-évaluation de la SCP, un groupe interne composé des chargés de programmes du bureau de pays sera mis en place sous la direction du Représentant résident. Ce groupe devra définir les modalités pratiques de mise en œuvre et travailler à la mobilisation des ressources financières et humaines nécessaires pour les activités.

Le suivi régulier impliquera essentiellement les acteurs du ministère de la Santé et de l'OMS, mais la revue à mi-parcours et l'évaluation finale de la SCP seront élargies aux autres parties prenantes (départements ministériels concernés, ONG et associations, secteur privé, partenaires techniques et financiers).

5.2 Périodicité du suivi évaluation

La périodicité du suivi régulier de la SCP sera alignée sur celle des plans biennaux et prendra en compte les indicateurs clés de performance. La revue à mi-parcours sera réalisée en fin 2018 et l'évaluation finale en 2020.

5.2.1 Suivi régulier de la SCP

Le suivi régulier de la mise en œuvre de la SCP sera assuré à travers les mécanismes prévus pour le suivi des plans biennaux. Il s'agit essentiellement du premier monitoring semi-annuel (SAM1) des activités après six mois, l'examen à mi-parcours du plan biennal à 12 mois, le deuxième monitoring semi-annuel (SAM2) à 18 mois et l'évaluation biennale à la fin de

la période du plan biennal. Hormis ce cadre mandataire, des réunions périodiques de suivi assorties de rapports seront organisées. Les rapports de suivi-évaluation des cadres nationaux tels que les cadres des ODD, du PNDS, du PNDES et du PNUAD seront également exploités.

5.2.2 Revue à mi-parcours

Cette revue qui va intervenir en 2018, permettra de déterminer les progrès réalisés dans les différents domaines d'intervention et les obstacles et risques potentiels qui pourraient influencer la poursuite des objectifs fixés. Elle permettra également d'identifier les actions idoines pour améliorer les performances enregistrées dans la mise en œuvre de la deuxième partie de la SCP. Il s'agira d'une revue interne utilisant les différents rapports de mise en œuvre des plans de travail et des différents programmes, de même que les rapports des cadres nationaux évoqués plus haut. L'appui du Bureau régional et du Siège pourrait être sollicité sur le plan méthodologique. Les résultats seront discutés avec la partie nationale et les partenaires, et les recommandations issues de ces échanges permettront d'orienter la mise en œuvre de la deuxième phase de la SCP.

5.2.3 Évaluation finale

L'évaluation finale, qui va coïncider avec la fin du PNDS 2011-2020, du 12^{ème} PGT, du PNUAD, du PNDES et des cibles 2020 de plusieurs initiatives internationales et régionales, sera une évaluation externe. Elle devra permettre de disposer d'informations sur la performance de la Stratégie de coopération avec le pays et d'identifier les priorités en vue de l'élaboration du prochain cycle de la SCP 2021-2025. Pour cela, l'appui des unités du Bureau régional et du Siège sera nécessairement sollicité pour la méthodologie et la mise à disposition d'évaluateurs externes. Les résultats seront discutés avec la partie nationale et les partenaires et serviront d'outil de plaidoyer pour la mobilisation de ressources. Le bureau de pays veillera à la publication et la diffusion des résultats de cette évaluation.



DOCUMENTS CONSULTÉS

Premier Ministère – Burkina Faso

- Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020
- Décrets N°2016-931 PRES/PM/MINEFID portant adoption du Plan national de développement économique et social 2016-2020
- Décret N°2017-004/PRES/PM/MINEFID portant création, attributions, organisation et fonctionnement du dispositif de suivi-évaluation du Plan national de développement économique et social (PNDES)

Ministère de la Santé – Burkina Faso

- Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020
- Rapport d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2020
- Annuaire statistiques 2000 à 2015
- Rapport de l'enquête nutritionnelle (SMART), 2015
- Rapport de l'enquête sur la disponibilité des services et soins de santé (SARA), 2012, 2014
- Institut national de la statistique et de la démographie, Enquête multisectorielle continue, 2015
- Rapport sur les comptes nationaux de la santé (CNS), 2015
- Rapports de l'évaluation des OMD, 2015
- Conseil national de lutte contre le sida (SP/CNLS), Rapports GARP

Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement – Burkina Faso

- Cartographie des interventions des PTF dans le cadre de la division du travail et de la complémentarité au Burkina Faso : rapport provisoire février 2017

OMS

- Guide for the formulation of a WHO Country Cooperation Strategy 2016
- Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS/AFRO
- Orientations stratégiques 2008-2015 de l'OMS/AFRO
- World Health Statistics 2016
- 12^{ème} Programme général de travail (PGT)
- Programme de transformation du secrétariat de l'OMS dans la Région africaine 2015-2020
- Stratégie de Coopération avec les pays (SCP), 2010-2015
- Rapport d'évaluation de la SCP 2010-2015, 2016

SNU – Burkina Faso

- Document UNDAF 2011-2015
- Rapports revues annuelles UNDAF 2011-2015
- Plans de travail annuel (PTA) de UNCT de 2011 à 2015



ANNEXES

Annexe I. Évolution du nombre de structures sanitaires publiques et privées de soins de 2010 à 2015

Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Structures sanitaires publiques						
CHU/CHN	3	4	4	4	4	4
CHR	9	9	9	9	9	9
CMA	43	44	44	45	47	47
CM	27	36	51	32	35	43
CSPS	1 429	1 443	1 495	1606	1643	1698
Dispensaires isolés	124	165	164	123	127	119
Maternités isolées	30	26	24	14	15	12
Infirmeries de garnison	20	27	30	19	18	19
OST	36	74	85	69	69	68
Autres*	16	69	61	66	71	87
Total FS publiques	1 737	1 897	1 971	1987	2038	2106
Structures sanitaires privées						
Centre médical avec antenne chirurgicale	3	3	3	3	4	3
Centre médical	23	32	27	29	30	38
Polyclinique	11	11	11	6	6	6
Clinique	39	37	41	40	44	47
Cabinet médical	25	31	22	23	24	28
Cabinet dentaire	16	9	12	9	13	12
CSPS	29	32	34	37	39	46
Clinique d'accouchement	18	19	14	10	10	9
Cabinet de soins infirmiers	217	210	224	175	181	183
Autres structures privées	-	-	13	52	56	63
Total FS privées	378	381	385	384	407	435

*= Infirmeries scolaires, entreprises publiques et parapubliques (CNSS, SONABEL, etc.), prisons

Annexe II. Principaux indicateurs des Comptes de la santé de 2012 à 2015

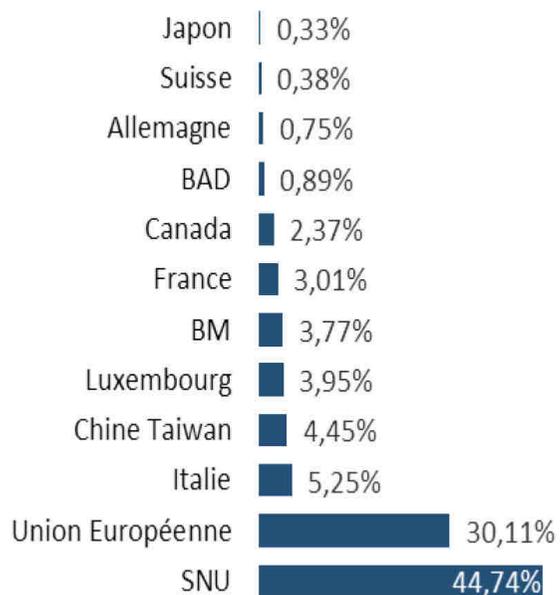
Annexe II. Principaux indicateurs des Comptes de la santé de 2012 à 2015

Principaux indicateurs	2012	2013	2014	2015
Part du budget de l'État alloué au ministère de la Santé	12,5	12,5	12,7	12,6
Dépenses courantes de santé (en millions de FCFA)	279 558	348 709	338 844	358 297
Dépenses totales de santé (en millions de FCFA)	316 647	375 164	368 760	379 684
Dépenses des ménages (en millions de FCFA)	95 580	106 929	118 744	129 912
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	30,3	28,2	20,6	26,8
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	21,9	28,5	30,3	26,6
Dépenses de santé par habitant (FCFA)	18 848	22 331	21 316	21 141
Dépenses de santé en % du PIB	5,2	5,6	5,3	6,2
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	30,2	28,5	32,2	34,2
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé	18,8	27,8	20,7	27,1
Dépenses en médicaments en % des dépenses courantes de santé	20%	15,8%	19,3%	20%

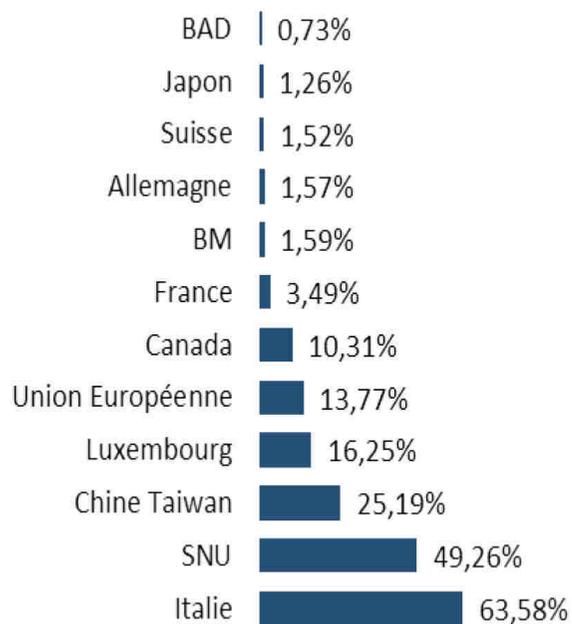
Source : Rapport des CS 2015

Annexe III. Répartition des contributions financières des principaux bailleurs du secteur de la santé en 2015

Poids des PTF dans le secteur de la santé



Poids du secteur de la santé dans l'APD de chaque PTF



Annexe IV. Liste des principaux partenaires intervenant dans la santé, 2015

Nom de l'organisation	Principaux domaines d'intervention dans le pays	Contribution (en millions US \$)
SNU	Santé Nutrition VIH Protection sociale Gouvernance économique et travail Travail, emploi et protection sociale Production agro-sylvo-pastorale Éducation et formation Environnement, eau et assainissement Justice et droits de l'homme Recherche et innovation	37,51
OMS	Santé Nutrition	7,98
UNICEF	Santé Nutrition Éducation Protection sociale	16,97
UNFPA	Santé Gouvernance économique et travail Travail, emploi et protection sociale	-
ONUSIDA	VIH	0,06

PAM	Production agro-sylvo-pastorale Santé/nutrition Éducation et formation Santé et action sociale	2,5
PNUD	Gouvernance Environnement, eau et assainissement Travail, emploi et protection sociale	-
FAO	Production agro-sylvo-pastorale Éducation et formation Santé Environnement, eau et assainissement Travail, emploi et protection sociale Justice et droits de l'homme Recherche et innovation	-
BANQUE MONDIALE	Éducation et formation Transformation industrielle et artisanale Production agro-sylvo-pastorale Gouvernance administrative et locale Gouvernance économique Santé Travail, emploi et protection sociale Infrastructures de transport, de commerce et d'habitat Environnement, eau et assainissement	3,16
AFD	Politiques de santé et de population	-
UNION EUROPÉENNE	Concentration sur quatre (4) programmes d'appui budgétaire pour le PIN 11 ^e FED, mais en dehors du PIN, il y a dispersion	25,24

USA	<ul style="list-style-type: none"> · Production agro-sylvo-pastorale · Santé/nutrition · Gouvernance économique · Éducation et Formation · Travail, emploi et protection sociale 	0 (leurs ressources ne sont pas comptabilisées dans l'aide publique au développement)
-----	---	---

Nom de l'organisation	Principaux domaines d'intervention dans le pays	Contribution (en millions de US \$)
CHINE	Santé Travail, emploi et protection sociale Production agro-sylvo-pastorale Environnement, eau et assainissement Infrastructures de transport de communication et d'habitat Éducation et formation	3,13
SUISSE	Santé génésique	3,16
LUXEMBOURG	Transfusion sanguine	3,31
COOPÉRATION ITALIENNE	Agriculture/sécurité alimentaire Santé/nutrition Développement économique/secteur privé	4,4
JAPON	Éducation de base Agriculture Intégration régionale (infrastructures)	0,28

Sources : Cartographie des interventions des partenaires techniques et financiers dans le cadre de la division du travail et de la complémentarité au Burkina Faso, version provisoire, 2015

Annexe V. Synthèse des priorités stratégiques et domaines d'intervention

Priorité stratégique 1	Progression accélérée vers la couverture sanitaire universelle par le renforcement du système de santé en vue d'un accès équitable à des services de santé de qualité
Domaine d'intervention 1.1	<i>Gouvernance et leadership renforcés incluant l'approche genre, équité et droit de l'homme</i>
Domaine d'intervention 1.2	<i>Offre et qualité des prestations améliorées avec une gestion stratégique des ressources humaines pour la santé et une disponibilité des médicaments essentiels</i>
1.2.1	Gestion stratégique des ressources humaines pour la santé
1.2.2	Disponibilité accrue des médicaments essentiels de qualité et technologies de santé appropriées
1.2.3	Mise en œuvre de la stratégie de la qualité des soins centrée sur les personnes et la sécurité des patients
Domaine d'intervention 1.3	<i>Protection contre le risque financier lié au paiement des soins</i>
Priorité stratégique 2	Élimination des décès évitables et amélioration de la santé et du

	bien-être des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents
Domaine d'intervention 2.1	<i>Qualité améliorée de l'offre des prestations de santé génésique, de santé de la mère et des nouveau-nés, de l'enfant à tous les niveaux du système de santé et promotion effective de la santé des adolescents</i>
Domaine d'intervention 2.2	<i>Éradication et contrôle des maladies cibles du PEV par l'immunisation optimale et la surveillance</i>
Domaine d'intervention 2.3	<i>Santé et état nutritionnel améliorés pour l'enfant, l'adolescent et les mères</i>
Priorité stratégique 3	Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles en adéquation avec la réalisation des cibles des ODD
Domaine d'intervention 3.1	<i>Lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme conduite de manière efficace pour l'atteinte des cibles des ODD</i>
Domaine d'intervention 3.2	<i>Lutte contre les maladies tropicales négligées adaptée aux nouveaux défis</i>
Domaine d'intervention 3.3	<i>Lutte contre les maladies non transmissibles adaptée au nouveau profil épidémiologique</i>

Priorité stratégique 4	Renforcement des capacités de préparation et de riposte aux maladies émergentes et ré-émergentes et aux conséquences sanitaires des catastrophes en adéquation avec la sécurité sanitaire globale et le RSI 2005
Domaine d'intervention 4.1	<i>Capacités de prévention et de surveillance renforcées et adaptées à l'agenda de la sécurité sanitaire globale et aux exigences du RSI 2005</i>
Domaine d'intervention 4.2	<i>Riposte et gestion des urgences conformes au système de gestion des incidents</i>
Priorité stratégique 5	Promotion de la santé par la prise en compte des déterminants de la santé, y compris le genre, l'équité et les droits de l'homme, et par le développement d'une santé communautaire à travers une meilleure approche intersectorielle
Domaine d'intervention 5.1	<i>Prise en compte des principaux déterminants de la santé dans les politiques et programmes de développement</i>
Domaine d'intervention 5.2	<i>Capitalisation des interventions à base communautaire</i>
Domaine d'intervention 5.3	<i>Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)</i>

Annexe VI. Alignement de la Stratégie sur d'autres cadres stratégiques

Domaines d'intervention (DI)	Priorités du PNDS 2011-2020	Résultats du PGT (12 ^e) 2014-2019	Cibles ODD 2016-2030	Résultats PCNUAD 2011-2015 extension 2016-2017	Agenda de transformation AFRO 2015-2020	Commentaires
PRIORITÉ STRATÉGIQUE 1. Progression accélérée vers la couverture sanitaire universelle (CSU) par le renforcement du système de santé en vue d'un accès équitable à des services de santé de qualité						
DI 1.1 Gouvernance et leadership renforcés, avec une information stratégique de qualité et un financement adéquat	OS1 : leadership et gouvernance	4.1 : politiques, stratégies et plans actualisés	3.8 : couverture sanitaire universelle	Produit 1.1 : politiques et programmes en cohérence avec la SCADD et les OMD	Orientation technique intelligente : CSU et gestion des connaissances renforcée	
	OS6 : système d'information sanitaire	4.2 : politiques, financements et RH disponibles	3.c : financement de la santé pour RHS	Produit 1.6 : système statistique national renforcé		

	OS7 : recherche pour la santé			Produit 2.1 : services de base de qualité	Communication et partenariats efficaces : partenariats stratégiques renforcés	
	OS8 : financement de la santé et accessibilité financière des populations			Produit 2.5 : système national de protection sociale opérationnel		
				Produit 3.1 : État de droit et effectivité des droits de l'homme et de l'égalité de genre.		
				Produit 3.3 : accès des populations à des services de qualité		
				Produit 3.4 : renforcement de l'analyse et prise en compte du genre		

				Produit 3.5 : renforcement de la mobilisation et gestion efficiente de l'aide au développement		
DI1.2 Offre et qualité des prestations améliorée avec une gestion stratégique des ressources humaines pour la santé	OS2 : amélioration des prestations de services de santé	4.2 : politiques, financements et RH disponibles	3.8 : couverture sanitaire universelle	Produit 2.1 système de santé renforcé pour des services de base de qualité	Orientation technique intelligente : réalisation des OMD et des ODD	
	OS3 : développement des ressources humaines pour la santé		3.c : budget de la santé et RH	Produit 2.2 : interventions essentielle accrues pour la mère, le nouveau-né et l'enfant		
	3.1 respect des normes en personnels			Produit 2.3 : services de qualité en matière de VIH.		

	3.2 : qualité et motivation des ressources humaines pour la santé					
DI 1.3 Disponibilité accrue des médicaments essentiels de qualité et technologies de santé appropriées	OS5 : développement des infrastructures, équipements et produits de santé	4.3 : médicaments et technologies sanitaires et utilisation rationnelle	3.8 : couverture sanitaire universelle	Produit 2.1 : système de santé renforcé pour des services de base de qualité	Orientation technique intelligente : réalisation des OMD et des ODD	
PRIORITÉ STRATÉGIQUE 2. Élimination des décès évitables et amélioration de la santé et du bien-être des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents						
DI 2.1 Qualité améliorée de l'offre des prestations de santé génésique, de santé de la mère et des nouveau-nés à tous les niveaux du système de santé est améliorée	OS2 : amélioration des prestations de services de santé	3.1 : accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	3.1 : réduction du taux mondial de mortalité maternelle	Produit 2.1 : système de santé renforcé pour des services de base de qualité	Approche technique intelligente : réalisation des OMD et des ODD	
	2.1 : utilisation des services de santé et de nutrition de qualité	3.3 : égalité hommes-femmes, équité et droits de l'homme	3.2 : élimination des décès évitables de nouveau-nés et	Produit 2.2 : interventions essentielles accrues pour la	Communication et partenariats efficaces : partenariats	

			d'enfants de moins de cinq ans,	mère, le nouveau-né et l'enfant	stratégiques renforcés	
			3.7 : santé sexuelle et génésique	Produit 2.3 : services de qualité en matière de VIH		
			5.6 : santé sexuelle et génésique, droits en matière de procréation	Produit 2.5 : système national de protection sociale opérationnel		
				Produit 3.1 : État de droit et effectivité des droits de l'homme et de l'égalité de genre		
				Produit 3.3 : accès des populations à des services de qualité		

DI 2.2 Éradication et contrôle des maladies cibles du PEV par l'immunisation optimale et la surveillance	OS4 : promotion de la santé et lutte contre la maladie	1.5 : extension de la couverture vaccinale pour les populations et communautés difficiles à atteindre	3.8 : couverture sanitaire universelle	Produit 2.2 : interventions essentielles accrues pour la mère, le nouveau-né et l'enfant	Approche technique intelligente : capacités en matière de sécurité sanitaire, partenariats stratégiques renforcés	
	4.2 : réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles	5.5 Aucun cas de paralysie due à un poliovirus sauvage ou à un poliovirus apparente au virus vaccinal de type 2 à l'échelle mondiale			Communication et partenariats efficaces : partenariats stratégiques renforcés	
DI 2.3 Santé et l'état nutritionnel améliorés pour l'enfant, l'adolescent et les mères et promotion de la santé scolaire effective	OS2 : prestations de services de santé	2.5 : réduction des facteurs de risque nutritionnels	3.2 : élimination des décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de cinq ans	Produit 2.2 : interventions essentielles accrues pour la mère, le nouveau-né et l'enfant	Approche technique intelligente : réalisation des OMD et des ODD	
	2.1 : accroissement de l'utilisation des services de santé et de nutrition	3.1 : accès aux interventions visant à améliorer la santé de la	3.8 : 'couverture sanitaire universelle		Communication et partenariats efficaces : partenariats	

		femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent			stratégiques renforcés	
	OS4 : promotion de la santé et lutte contre la maladie		2.2 : 'élimination de toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030			
	4.1 : attitudes et pratiques individuelles, familiales et communautaires					
	4.2 : réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles					
PRIORITÉ STRATÉGIQUE 3. Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles en adéquation avec la réalisation des cibles des ODD						
DI 3.1 Lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme conduite de	OS4	1.1 : accès aux interventions essentielles pour les personnes	3.3 : 'élimination de l'épidémie de sida, de la tuberculose, du	Produit 2.3 : accès universel aux services de qualité 'en	Approche technique intelligente : réalisation des	Les hépatites virales ne sont pas prises en compte dans le

manière optimale pour l'atteinte des cibles des ODD		vivant avec le VIH	paludisme et des maladies tropicales négligées d'ici à 2030, et lutte contre les hépatites, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles	matière de VIH	OMD et des ODD	douzième PGT
	4.2.1 : renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	1.2 : augmentation du nombre de patients tuberculeux traités avec succès		Produit 2.2 : interventions essentielles accrues pour la mère, le nouveau-né et l'enfant	Communication et partenariats efficaces : partenariats stratégiques renforcés	
		1.3 : accès au traitement antipaludique de première intention				
DI 3.2 Lutte contre les MTN et autres maladies transmissibles adaptée aux nouveaux défis	OS4	1.4 : élargissement et maintien de l'accès aux médicaments	3.3 : élimination de l'épidémie de sida, de la tuberculose, du		Orientation technique intelligente : réalisation des	

	4.2.1 : renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles	essentiels contre les maladies tropicales négligées	paludisme et des maladies tropicales négligées et lutte contre les 'hépatites, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles		OMD et des ODD	
DI 3.3 Lutte contre les maladies non transmissibles adaptée au nouveau profil épidémiologique	OS4	2.1 : accès aux interventions de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque	3.4 : réduction du taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promotion de la santé mentale et du bien-être		Orientation technique intelligente : réalisation des OMD et des ODD	
	4.2.2 : renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles	2.2 : accès amélioré aux services pour les troubles mentaux et troubles liés à la consommation des substances psychoactives			Communication et partenariats efficaces : partenariats stratégiques renforcés	

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 4. Renforcement des capacités de préparation et de riposte aux maladies émergentes et ré-émergente et des conséquences sanitaires des catastrophes en adéquation avec la sécurité sanitaire mondiale et le RSI

<p>DI 4.1 Capacités de prévention et de surveillance adaptées à l'agenda de la sécurité sanitaire mondiale et au RSI</p>	OS2	5.1 : principales capacités requises par le RSI (2005)	3.d : renforcement des moyens d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux	Produit 1.5 : préparation et réponse efficace aux urgences et catastrophes naturelles	Orientation technique intelligente : maîtrise de l'épidémie de MVE	
	2.1.5 :renforcement des capacités de réponse du système de santé aux urgences et aux situations de catastrophe	5.3 : capacité de gérer les risques de santé publique associés aux urgences			capacités régionales renforcées en matière de sécurité sanitaire	
					Communication et partenariats efficaces : partenariats stratégiques renforcés	

DI 4.2 Riposte et gestion des risques et des crises sanitaires conformes aux dispositions de la sécurité sanitaire mondiale et du RSI	OS2	5.2 : capacité de renforcer la résilience et d'acquérir une préparation appropriée en cas d'épidémie ou de pandémie	3.d : renforcement des moyens d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires	Produit 1.5 : préparation et réponse efficace aux urgences et catastrophes naturelles	Orientation technique intelligente : maîtrise de l'épidémie de MVE	Dans le PNDS, la notion de RSI n'est pas prise en compte
	2.1.5 : renforcement des capacités de réponse du système de santé aux urgences et aux situations de catastrophe	5.3 : capacité de gérer les risques de santé publique associés aux urgences	1.5 : renforcement de la résilience et réduction de l'exposition et de la vulnérabilité		Capacités régionales renforcées en matière de sécurité sanitaire	
					Communication et partenariats efficaces : partenariats stratégiques renforcés	

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 5. Promotion de la santé par la prise en compte des déterminants de la santé et par le développement d'une santé communautaire à travers une meilleure approche sectorielle

DI 5.1 Prise en compte des principaux déterminants de la santé dans les politiques et programmes de développement, y compris la sécurité sanitaire des aliments et le changement climatique	OS4	3.4 : coordination intersectorielle pour agir sur les déterminants sociaux de la santé	3.5 : prévention et traitement de l'abus de substances psychoactives	Produit 2.2 : interventions essentielles accrues pour la mère, le nouveau-né et l'enfant	Approche technique intelligente : la réalisation des ODD	Le PNDS ne met pas l'accent sur les DDS en tant que priorité et se limite à la CCC.
	4.1.1 : renforcement de la communication pour le changement des comportements (CCC)	3.5 : réduction des menaces environnementales sur la santé	3.9 : réduction du nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol	Communication et partenariats efficaces : partenariats stratégiques renforcés		
		5.4 : préparation à la prévention et l'atténuation des risques d'origine alimentaire	6.1 : accès universel et équitable à l'eau potable			
			6.2 : accès équitable à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats			

DI 5.2 Capitalisation des interventions à base communautaire	2.1.3 : renforcement des services de santé à base communautaire			Produit 2.2 : interventions essentielles accrues pour la mère, le nouveau-né et l'enfant	Orientation technique intelligente : réalisation des OMD et des ODD	
				Produit 2.3 : services de qualité pour l'accès universel en matière de VIH.	Communication et partenariats efficaces : partenariats stratégiques renforcés	
DI5.3 Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)	OS4	2.1 : accès aux interventions de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque	3.a : renforcement de l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac		Orientation technique intelligente : réalisation des ODD	Le PNDS ne prend pas en compte la lutte antitabac en tant que priorité et se limite au descriptif.
	4.2.2 : renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles				Communication et partenariats efficaces : partenariats stratégiques renforcés	

Annexe VII. Cadre de performance de la SCP 2017-2020

	Indicateurs	KPI Pays	Baseline (année)	2018	2020
Impact	Population totale		19 034 397 (2016)		
	% de la population de moins de 15 ans		47 (2016)		
	% de la population de plus de 60 ans		4 (2016)		
	Classement du pays dans le groupe de revenu selon la Banque mondiale		Pays à revenu faible		
	Espérance de vie à la naissance		56,7 pour ensemble (2006)		
	Taux de mortalité néonatale pour 1000		23 (EMC 2015)		
	Taux de mortalité des moins de cinq ans		82 (EMC 2015)		
	Rapport de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes		330 (2014)		
	Population vivant avec moins de 1,25 dollars des États-Unis par jour (PPP) (%)		40,1 (2014)		
	Indice de développement du genre sur 148 pays		0,88 (2015)		
	Rang de l'indice de développement humain sur 188 pays		183 (2015)		

	Nombre d'indicateurs clés de performance atteints (en vert)		05		
	Nombre d'indicateurs clés de performance partiellement atteints (en jaune)		01		
	Nombre d'indicateurs clés de performance non atteints (en rouge)		09		
PS1 : progression accélérée vers la couverture sanitaire universelle par le renforcement du système de santé en vue d'un accès équitable à des services de santé de qualité	Ratio médecins pour 1000 habitants		0,064 (2015)		
	Ratio personnels infirmiers, personnels obstétricaux (sages-femmes et maïeuticiens) ' pour 1000 habitants		0,12 (2015)		
	Densité des médecins, personnels infirmiers et personnels obstétricaux (sages-femmes et maïeuticiens) dans la population pour 1000 habitants	Oui	<1 		
	Dépenses de santé en % du PIB		6,1 (2014)		
	Dépenses de santé de l'État en % du budget de l'État		6,01(2014)		
	Dépenses privées de santé en % des dépenses totales de santé (année)		0,329		
	Organisation de l'enquête SARA dans les délais	Oui			
	Statut d'adoption du cadre	Oui			
	Comptes nationaux de la santé à jour	Oui			
PS2 : élimination des décès évitables et amélioration de la santé et du bien-	Couverture vaccinale (%) DTP3 pour les moins d'un an	Oui	92,2 % (2014) 		

être des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié (%)		79,8 (2014)		
	RMNCAH : mise en œuvre des composantes d'un plan RMNCAH intégré	Oui			
	Statut de mise en œuvre de la PCIME-C	Oui			
PS3 : lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles en adéquation avec les cibles des ODD	Traitement du VIH conformément aux objectifs 90-90-90	Oui			
	Conformité avec le plan d'action 2013-2020 de l'OMS pour la mise en œuvre des objectifs de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles	Oui			
	% des cas de tuberculose RR et MDR bactériologiquement confirmés	Oui			
	% des cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première ligne	Oui			
	% d'achèvement de la documentation complète de l'ARCC	Oui			
PS4 : renforcement des capacités de préparation et de riposte aux maladies émergentes et ré-émergentes et des conséquences sanitaires des catastrophes en adéquation avec la sécurité sanitaire globale et le RSI	État de mise en œuvre de l'IDSR à tous les niveaux du système de santé (établissements de santé, district et national)	Oui			
	Mise en place de toutes les capacités de base essentielles en conformité avec le Règlement sanitaire international (RSI)	Oui			
PS5 : promotion de la santé par la prise en compte des déterminants de la santé et le développement d'une santé communautaire à travers une meilleure approche intersectorielle	Taux d'alphabétisation de la population de plus de 15 ans (%)		34,5 (2014)		
	Population ayant accès à une source d'eau potable améliorée (%)	Oui	76 (2014) 		
	Population utilisant des installations d'assainissement améliorées (%)		8 (2014)		



GRACE CONCEPT: 70 12 62 74