

MINISTÈRE DE LA SANTÉ



BURKINA FASO
Unité - Progrès – Justice

STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 2024-2028

MAI 2024

SOMMAIRE

DÉFINITION DES CONCEPTS CLÉS	ix
MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE	2
PARTIE I : ANALYSE DIAGNOSTIQUE	4
1.1. ANALYSE DU CONTEXTE	4
1.1.1. Contexte géographique	4
1.1.2. Contexte administratif	4
1.1.3. Contexte économique	4
1.1.4. Contexte démographique	6
1.1.5. Contexte socioculturel	6
1.1.6. Contexte sanitaire, sécuritaire et humanitaire	7
1.2. ANALYSE DU CADRE ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL	8
1.2.1. Cadre organisationnel	8
1.2.2. Cadre institutionnel	11
1.3. ANALYSE DU CADRE JURIDIQUE	13
1.3.1. Niveau international	13
1.3.2. Niveau régional	14
1.3.3. Niveau national	14
1.4. ANALYSE DES RESSOURCES	16
1.4.1. Ressources humaines	16
1.4.2. Ressources matérielles	17
1.4.3. Ressources financières	18
1.5. ANALYSE DES POLITIQUES ET STRATEGIES ANTÉRIEURES	19
1.5.1. Historique de la santé communautaire	19
1.5.2. Quelques expériences en matière de santé communautaire	21
1.5.3. Situation de la santé communautaire au Burkina Faso	22
1.6. FORCES ET FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES	29
1.7. DÉFIS MAJEURS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE	30
PARTIE II. ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE	33
2.1. FONDEMENTS	33
2.2. VISION	34
2.3. PRINCIPES	34
2.4. RÈGLES	35

2.5. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	36
2.5.1. Objectif global et impacts attendus.....	36
2.5.2. Axes stratégiques, objectifs stratégiques et effets attendus.....	36
2.5.3. Tableau de cohérence.....	44
2.5.4. Théorie du changement	44
PARTIE III. DISPOSITION DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION	46
5.1. INSTRUMENTS DE MISE EN ŒUVRE	46
5.1.1. Plan d'action triennal glissant	46
5.1.2. Plan de travail annuel.....	46
5.1.3. Plan de communication	46
5.2. ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE	46
5.2.1. Acteurs étatiques	47
5.2.2. Acteurs non étatiques.....	47
5.3. ORGANES ET INSTANCES DE COORDINATION DE LA STRATÉGIE	47
5.3.1. Au niveau national.....	47
5.3.2. Au niveau intermédiaire.....	49
5.3.3. Au niveau périphérique	49
5.4. INSTANCES DE PARTAGE D'EXPÉRIENCES	49
5.5. SUIVI ET ÉVALUATION DE LA SNSC 2024-2028	50
5.5.1. Mécanisme de suivi et d'évaluation	50
5.5.2. Outils de collecte des données et rapportage.....	51
5.5.3. Sources et méthodes de collecte des données	51
5.6. FINANCEMENT DE LA STRATÉGIE	52
5.6.1. Mobilisation des ressources	52
5.6.2. Coût de la mise en œuvre de la stratégie	52
PARTIE IV. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES	54
4.1. Caractérisation/cartographie des risques	54
4.2. Mesures d'atténuation	55

PREFACE

La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023 a permis d'atteindre des résultats significatifs. Afin de renforcer les acquis et de relever les défis majeurs, la présente stratégie nationale de santé communautaire est élaborée pour la période 2024-2028. Cette initiative, porteuse d'innovations ambitieuses, est le fruit d'un processus collaboratif, participatif et inclusif. Notre promesse est d'atténuer les disparités en matière de santé, d'améliorer l'offre des prestations de services de qualité et d'optimiser la gouvernance de la santé communautaire pour atteindre la couverture sanitaire universelle.

L'élaboration de cette stratégie n'aurait pas été une réalité si les partenaires techniques et financiers, les collectivités territoriales, les organisations de la société civile, les ONG et associations, les acteurs du secteur privé de santé et des autres départements ministériels n'avaient apporté leurs contributions multiformes à toutes les étapes. Cette stratégie marque un pas déterminant vers la concrétisation de la couverture sanitaire universelle.

Je suis convaincu que la réussite de la mise en œuvre de la stratégie repose sur des actions collectives dans la stricte observation des principes et règles fondés sur des données probantes, l'interdisciplinarité et l'intersectorialité. Ainsi, j'appelle à une totale appropriation des diverses prescriptions par les communautés, les agents de santé communautaire, les organisations à base communautaire, les autorités locales, les professionnels de la santé, les acteurs des départements ministériels impliqués et les partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Ensemble, nous avons l'opportunité de bâtir un système de santé à assise communautaire, plus résilient capable de répondre aux besoins des individus, des familles et des communautés prenant en compte les préoccupations spécifiques des groupes vulnérables et des personnes en situation de handicap.

Tout en exprimant ma profonde gratitude à toutes celles et à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce référentiel national, j'exhorte chaque acteur à prendre une part active dans sa mise en œuvre.

Le Ministre de la Santé


Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU

Officier de l'Ordre de l'Étalon



RÉSUMÉ

Dans le but de contribuer à l'amélioration continue de la santé des populations, le ministère de la santé a élaboré la stratégie nationale de la santé communautaire (SNSC) 2024-2028. Cette nouvelle stratégie fait suite à une précédente, mise en œuvre de 2019 à 2023 dans un contexte de crises sécuritaire et sanitaire. L'évaluation finale de cette stratégie, en décembre 2023, a relevé de nombreux acquis et des insuffisances.

Au titre des insuffisances, on a relevé une faible implication des collectivités territoriales dans le processus de recrutement et de renouvellement des ASBC entraînant une difficulté dans leur gestion, une mise en place non aboutie de la stratégie des postes de santé communautaire, un mécanisme de financement qui n'a pas permis la mobilisation conséquente des ressources financières.

L'analyse diagnostique de la santé communautaire, prenant en compte ces insuffisances, s'est bâtie autour du contexte général et sécuritaire du pays, du cadre organisationnel et juridique, des ressources humaines, matérielles et financières, des stratégies antérieures, des expériences en matière de santé communautaire.

Les grands défis découlant de l'analyse situationnelle, sont les suivants : (i) Amélioration de l'accès aux services de santé à base communautaire à toutes les couches de la population; (ii) Amélioration de la qualité des prestations préventives, promotionnelles, curatives et de soutien au niveau communautaire ; (iii) Renforcement de la numérisation des prestations de santé communautaire; (iv) Amélioration de la coordination des interventions de santé à base communautaire ; (v) Renforcement de la production et de la gestion des données communautaires ; (vi) Renforcement de la capitalisation des innovations en santé communautaire (vii) Renforcement du partenariat et de la mobilisation des ressources financières pour la santé communautaire ; (viii) Renforcement de la gestion des ressources humaines en santé communautaire.

Pour relever ces défis, la stratégie nationale de la santé communautaire 2024-2028 tire ses fondements des référentiels internationaux, régionaux et nationaux. Elle est arrimée au PNDS 2021-2030, avec pour vision « un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers des interventions de santé à base communautaire accessibles, performantes et résilientes constituant le socle de la marche vers la couverture sanitaire universelle ».

Pour une meilleure appropriation de sa mise en œuvre, l'élaboration de la stratégie nationale de la santé communautaire a été participative et inclusive. La SNSC 2024-2028 a édicté des principes et des règles.

La stratégie s'opérera à travers quatre (4) axes que sont : (i) Renforcement de la gouvernance de la santé communautaire comprenant deux (2) objectifs stratégiques et sept (7) effets ; (ii) Renforcement de l'accès des populations aux services de santé communautaire avec deux (2) objectifs stratégiques et quatre (4) effets ; (iii) Renforcement de l'offre et de l'utilisation des services de santé communautaire

comportant trois (3) objectifs stratégiques et neuf (9) effets ; (iv) Accélération de la numérisation intégrale des interventions de santé communautaire avec deux (2) objectifs stratégiques et quatre (4) effets. Au total 44 actions seront déroulées pour la réalisation des effets.

Le dispositif de mise en œuvre de cette stratégie a été décrit et sera opérationnalisé à travers des plans triennaux glissants et les plans d'action annuels. Les sources potentielles de financement ont été identifiées et un plan de communication a été élaboré pour renforcer la visibilité de la stratégie et la mobilisation des ressources. Un plan de suivi-évaluation rendu disponible permettra le monitoring des activités, une revue à mi-parcours et une évaluation finale de la stratégie.

Le budget global de la mise en œuvre de la stratégie pour les cinq (5) années est estimé à deux cent trente-cinq milliards cinq cent cinquante millions cinquante-cinq mille neuf cent soixante-seize (235 550 055 976) FCFA.

Les principaux risques qui pourraient compromettre la réalisation des ambitions de la stratégie 2024-2028 ont été assortis des mesures d'atténuation. Il s'agit de : (i) la détérioration de la sécurité sur le territoire et la limitation de l'accès à certaines zones ; (ii) la faible adhésion des populations aux SBC ; (iii) l'incertitude du financement ; (iv) la non-adhésion des partenaires sociaux ; (v) la survenue de catastrophes naturelles ; (vi) la survenue d'une pandémie et (vii) la faible appropriation de la stratégie par les responsables des structures techniques.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Évolution de la situation par type d'acteur communautaire impliqué dans la santé communautaire de 2019 à 2023	16
Tableau II : Évolution des dépenses publiques du ministère en charge de la santé par source de financement 2019-2023 du secteur Santé (en milliard XOF)	18
Tableau III : Répartition de la somme allouée par les partenaires selon les domaines d'intervention en 2019-2021 (en million XOF).....	18
Tableau IV : Expériences en matière de santé communautaire (cf. annexe)	21
Tableau V : Évolution des indicateurs IEC, de recherche de perdus de vue et de dépistage de la malnutrition au niveau communautaire, de 2021 à 2023.	27
Tableau VI : Analyse FFOM pour la santé communautaire (cf. annexe)	29
Tableau VII : Cohérence interne entre l'objectif global, l'impact attendu, les axes d'intervention, les objectifs stratégiques et les effets attendus. (cf. annexe)	44
Tableau VIII : Récapitulatif du coût estimatif des activités par axe, objectif et effet attendu (x1 000 000 FCFA).....	52

LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES

Graphique 1 : Évolution trimestrielle des cas de paludisme simple, traités aux ACT en 2021 et 2022 par les ASBC	25
Graphique 2 : Évolution trimestrielle des cas de diarrhée traités au SRO+Zinc en 2021 et 2022 par les ASBC	25
Graphique 3 : Évolution trimestrielle des cas de toux/pneumonie traités à l'amoxicilline dispersible en 2021 et 2022 par les ASBC	26
Graphique 4 : Proportion des cas traités et la Part contributive des ASBC dans le traitement des cas en fonction des maladies, chez les moins de 5 ans, à S1-2023 au niveau des régions PCIME-effective	26
Figure 1 : Schéma de la théorie du changement sous-tendant la SNSC 2024-2028.....	45
Figure 2 : Interrelations des instances et organes de coordination et suivi des interventions de santé communautaire à tous les niveaux.....	lxxii

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ASBC	:	Agents de santé à base communautaire
ACT	:	Combinaison thérapeutique base d'artémisinine
ASC	:	Agent de santé communautaire
AV	:	Accoucheuse villageoise
CCSC	:	Communication pour le changement social et comportemental
CDV	:	Cellule de développement villageois
CHR	:	Centre hospitalier régional
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CHUR	:	Centre hospitalier universitaire régional
CISSE	:	Centre d'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique
CLSC	:	Cellule locale de santé communautaire
CM	:	Centre médical
CMA	:	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNLS	:	Centre national de lutte contre le Sida
COGES	:	Comité de gestion
COVID-19	:	Corona virus disease 2019
CPN	:	Consultation prénatale
CPS	:	Chimioprévention du paludisme saisonnier
CSD	:	Cadre sectoriel de dialogue
CSPS	:	Centre de santé et de promotion sociale
CSU	:	Couverture sanitaire universelle
CTRS	:	Comité technique régional de santé
CVD	:	Conseil villageois de développement
DBC	:	Distribution à base communautaire
DGSHP	:	Direction générale de la santé et de l'hygiène publique
DPES	:	Direction de la promotion et de l'éducation pour la santé
DRSHP	:	Direction régionale de la santé et de l'hygiène publique
DS	:	District sanitaire
ECD	:	Équipe-cadre de district
EDS	:	Enquête démographique et de santé
EMDS	:	Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples
Endos-BF	:	Entrepôt des données sanitaires du Burkina Faso
FS	:	Formation sanitaire
GASPA	:	Groupes d'apprentissage et de Suivi des pratiques d'ANJE
HD	:	Hôpital de district
HTA	:	Hypertension artérielle
IB	:	Infirmier breveté
IBC	:	Interventions de santé à base communautaire
ICP	:	Infirmier-chef de poste
IDE	:	Infirmier d'État
IEC	:	Information éducation communication
IFC	:	Individus, familles et communautés

JVA	:	Journée nationale de la vitamine A
MAM	:	Malnutrition aigüe modérée
MAPI	:	Manifestation adverse poste injection
MAS	:	Malnutrition aigüe sévère
MILDA	:	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MS	:	Ministère de la santé
OBC	:	Organisation à base communautaire
ONG	:	Organisation non gouvernementale
OSC	:	Organisation de la société civile
PCIMA	:	Prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe
PCIME-C	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire
PDI	:	Personnes déplacées internes
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PF	:	Planification familiale
PFA	:	Paralysie flasque aigüe
PGA	:	Plateforme de gestion des ASBC
PMA	:	Paquet minimum d'activité
PNDS	:	Plan national de développement sanitaire
PNLP	:	Programme national de lutte contre le paludisme
PNT	:	Programme national de lutte contre la tuberculose
PSC	:	Poste de santé communautaire
PTF	:	Partenaires techniques et financiers
PVVIH	:	Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
RAMU	:	Régime d'assurance maladie universelle
RGPH	:	Recensement général de la population et de l'habitat
RMA	:	Rapport mensuel d'activité
SBC	:	Services de santé à base communautaire
SBE	:	Surveillance basée sur les évènements
SFE	:	Sage-femme d'État
SIDA	:	Syndrome immunodéficience acquise
SMN	:	Santé maternelle et néonatale
SNSC	:	Stratégie nationale de santé communautaire
SSP	:	Soins de santé primaires
TB	:	Tuberculose
TDR	:	Test de diagnostic rapide
UNICEF	:	Fonds des nations unies pour l'enfance
VAD	:	Visite à domicile
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
VN	:	Volontaires nationaux

DÉFINITION DES CONCEPTS CLÉS

Santé communautaire

C'est un processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires, participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ses priorités.

La santé communautaire est une entreprise collaborative multisectorielle et multidisciplinaire qui utilise les sciences de la santé publique et certaines approches des sciences sociales, pour engager et travailler avec les communautés. Son but est d'optimiser la santé et la qualité de vie de toutes les personnes qui vivent, travaillent dans une communauté donnée. Elle se fonde sur les besoins communautaires, sur la compréhension et les priorités que les communautés se font de la santé.

Communauté

Une communauté est un groupe de personnes considérées dans leur contexte de vie quotidienne, partageant une localité commune, des liens sociaux réels ou potentiels, et des objectifs communs dans cette localité, ou ayant d'autres facteurs de connexion (autres que la localité) qui leur confèrent un sentiment d'unité et de parenté. Traditionnellement, une communauté est définie comme un espace géographique spécifique. En revanche, dans le domaine de la santé communautaire, elle désigne un ensemble de personnes partageant des caractéristiques communes, souvent confrontées au même problème, partageant des intérêts ou des liens similaires. L'identité et le sentiment d'appartenance des membres se fondent sur le partage de valeurs et de normes communes, ainsi que sur leur influence mutuelle

Acteurs de la santé communautaire.

Il s'agit de toute personne ou structure qui joue un rôle dans la réalisation d'une intervention ou d'une activité pour l'atteinte d'un résultat ou d'un objectif de santé communautaire. Il existe plusieurs types d'acteurs représentant les pôles du processus participatif. Il s'agit de la communauté, de la société civile, des professionnels de tous les secteurs (santé, agriculture, éducation, environnement, ressources animales, etc.) et des acteurs institutionnels (décideurs, partenaires techniques et financiers, etc.).

Approche communautaire

L'approche communautaire est un ensemble de stratégies utilisées pour identifier les problèmes, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de santé avec la participation active des populations.

Approche One Health

One Health ou « une seule santé » est une approche intégrée de la santé qui met l'accent sur les interactions entre les animaux, les humains et leurs divers environnements. Il encourage les collaborations, les synergies et l'enrichissement croisé de tous les secteurs et acteurs dont les activités peuvent avoir un impact sur la santé. Son but est d'améliorer la santé et le bien-être grâce à la prévention des risques et l'atténuation des effets des crises qui proviennent de l'interface entre les humains, les animaux et leurs écosystèmes.

Action multisectorielle en faveur de la santé

Conception et mise en œuvre des politiques, et autres actions liées à la santé et à d'autres secteurs (par exemple, la protection sociale, le logement, l'éducation, l'agriculture, la finance et l'industrie) réalisées en collaboration ou de manière indépendante et agissant sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et sur les facteurs commerciaux associés afin d'améliorer la santé et le bien-être. (OMS, 2022).

Agent de santé à base communautaire

L'agent de santé à base communautaire est une personne (femme ou homme) sélectionnée dans et par sa communauté conformément aux critères définis, ayant reçu une formation de base sur un paquet d'activités communautaires pour offrir localement des services préventifs, promotionnels et curatifs de base, sous l'encadrement technique du personnel de santé.

Volontaire national agent de santé à base communautaire

Le volontaire national-agent de santé à base communautaire (VN/ASBC) est un agent de santé à base communautaire recruté sur la base de la loi n°034/2021/AN du 28 octobre 2021 portant volontariat au Burkina Faso. Les volontaires nationaux agents de santé à base communautaire sont déployés dans les zones urbaines et péri-urbaines et dans les sites des personnes déplacées internes dans les régions à défi sécuritaire.

Agent de santé communautaire

L'agent de santé communautaire (ASC) est un agent de santé recruté sur concours direct aux titulaires du BEPC ou de tout autre diplôme reconnu équivalent. Dans ce cas, la durée de la formation est d'au moins 21 mois à l'école nationale de santé publique.

Également, l'agent de santé communautaire peut être recruté par concours professionnel ouvert aux agents itinérants de santé et de l'hygiène communautaire ou aux techniciens d'hygiène hospitalière justifiant d'une ancienneté de 5 ans dans l'administration, dont 3 ans dans l'emploi et formés pendant neuf mois à l'école nationale de santé publique.

Accoucheuses villageoises dans les zones à défi sécuritaire

L'accoucheuse villageoise dans les zones à défi sécuritaire est une personne au sein d'une communauté qui a acquis une expertise pratique dans l'assistance aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale souvent transmise de génération en génération

Acteur de santé communautaire

C'est toute personne qui joue un rôle dans la réalisation d'une intervention ou d'une activité pour l'atteinte d'un résultat ou d'un objectif de santé communautaire, notamment les membres de la communauté, les professionnels de tous les secteurs et les partenaires institutionnels

Animateur

L'animateur est une personne recrutée par une organisation de la société civile et formée pour offrir des services préventifs, promotionnels et de soutien aux communautés

Interventions de santé à base communautaire

Ce sont des dispositions techniques pour réaliser des activités au niveau de la communauté, notamment la promotion, la prévention, la prise en charge prenant en compte les soins et le soutien (soins palliatifs). Il s'agit d'un ensemble d'actions de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des malades, mises en œuvre au sein des communautés.

Organisation à base communautaire

L'Organisation à base communautaire désigne toute association, ONG locale, nationale ou internationale officiellement reconnue et œuvrant dans le domaine de la santé communautaire.

Services de santé à base communautaire

Les SBC se définissent comme un ensemble de prestations intégrées, conçues, organisées et gérées avec, pour et par les communautés dans le but de satisfaire leurs besoins de santé

Conseillers psychosociaux

Le conseiller psychosocial est un professionnel qui offre un soutien et des conseils à des personnes confrontées à des difficultés personnelles, sociales ou professionnelles.

Pair éducateur

Un pair éducateur est un membre de la communauté formé pour fournir des conseils, des informations et un soutien à ces paires sur les questions de santé, d'éducation et de bien-être.

Autonomisation

C'est le processus qui habilite une communauté à avoir un meilleur contrôle sur les facteurs et les décisions qui influencent leur propre vie. C'est le processus qui accroît leurs biens et attributs et renforcent leur capacité pour avoir accès, pour créer des partenariats et des réseaux et faire entendre leur voix afin d'avoir un certain contrôle. Habilitier ici implique que les communautés ne peuvent être autonomisées par d'autres, elles ne peuvent que s'autonomiser elles-mêmes en acquérant différentes formes de pouvoir. L'autonomisation des communautés concerne nécessairement les déterminants sociaux, culturels, politiques et économiques qui sous-tendent la santé et cherche à établir des partenariats multisectoriels pour trouver des solutions.

Bien-être

Concept multidimensionnel décrivant des expériences de vie positives, souvent assimilé à la qualité de vie et à la satisfaction à l'égard de la vie. Les indicateurs du bien-être s'appuient généralement sur les déclarations des patients dans un grand nombre de domaines tels que le bonheur, les émotions positives, l'engagement, le sens, le sentiment d'utilité, le dynamisme et la tranquillité. (OMS, 2022).

Club de santé communautaire

C'est une organisation communautaire constituée de personnes volontaires appartenant à la même communauté qui se consacrent à l'amélioration de leur santé et leur bien-être à travers une connaissance et une compréhension commune et de saines pratiques favorables à la santé et à l'hygiène dans les ménages et les communautés (Guide de mise en place des clubs de santé communautaire, 2023).

Comportement de santé

Un comportement de santé est une manifestation d'une pensée en faveur de l'atteinte des résultats de santé. Il est influencé par des facteurs intrinsèques (connaissances, attitudes...) et/ou extrinsèques (environnement, normes sociales, politiques, etc.)

Couverture sanitaire universelle.

Accès garanti pour tous les individus à des services de promotion de la santé, de prévention, de réanimation, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs de qualité suffisante pour être efficaces et qui répondent à leurs besoins, sans que cela entraîne pour les usagers de difficulté financière (OMS, 2022).

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances où les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances sont liées à la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local. Dans l'élaboration des interventions, il est important de prendre en compte les facteurs tels

que les disparités et exclusions sociales, le stress, la petite enfance, l'alimentation et le système de transport.

Développement communautaire

Il s'agit de toute la production planifiée de ressources au sein d'une communauté, qui permettront aux membres d'améliorer leur qualité de vie. L'objectif est de développer le capital social d'une communauté.

Digitalisation

La digitalisation, en revanche, est un terme plus large qui englobe l'utilisation et l'intégration des technologies numériques dans divers domaines de la société, de l'économie et de la culture. La digitalisation ne se limite pas seulement à la conversion de données analogiques en données numériques, mais comprend également l'adoption et l'utilisation de technologies numériques pour transformer des processus, des services et des modes de vie.

Éducation pour la santé

C'est toute activité d'information qui encourage les gens à être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à agir ensemble pour conserver la santé et à demander de l'aide si nécessaire.

Équipe pluridisciplinaire

Différents professionnels de santé travaillant ensemble pour fournir un large éventail de services de manière coordonnée. Pour les soins primaires, la composition des équipes pluridisciplinaires peut varier en fonction du contexte. Elles peuvent intégrer des praticiens de médecine générale (médecins de famille et médecins généralistes), des auxiliaires médicaux, des infirmiers, des infirmiers spécialisés, des agents de santé communautaires, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des diététiciens, des conseillers en santé mentale, des kinésithérapeutes, des agents d'éducation des patients, des responsables, du personnel d'appui et d'autres spécialistes des soins primaires. (OMS, 2022).

Gouvernance sanitaire

Large éventail de fonctions liées au pilotage et à la réglementation exercées par les pouvoirs publics et les décideurs cherchant à atteindre les objectifs des politiques nationales de santé. La gouvernance est un processus politique qui maintient un équilibre entre des influences et des demandes contradictoires. Ce processus suppose de conserver l'orientation stratégique de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, de repérer et de corriger les évolutions et les distorsions indésirables, de défendre la place de la santé dans le développement national, de réglementer le comportement d'un grand nombre d'acteurs, qu'il s'agisse des bailleurs de fonds ou des prestataires de soins de santé, et de mettre en place des mécanismes de responsabilisation transparents et efficaces.

Inégalités sociales en matière de santé

C'est un type spécifique de disparité en santé qui est souvent due aux désavantages socioéconomiques ou environnementaux. Les groupes ou individus ont souvent des obstacles plus importants d'accès à la santé sur la base de leur race, religion, statuts socio-économique, genre, âge, ou santé mentale, handicap cognitif, sensoriel ou physique ; situation géographique, ou autres caractéristiques historiquement liées à la discrimination ou à l'exclusion.

Numérisation

La numérisation fait référence spécifiquement au processus de conversion de données analogiques en données numériques. Cela peut inclure la conversion de documents papier en fichiers électroniques, la conversion de musique analogique en fichiers MP3, etc. La numérisation se concentre sur le fait de représenter des informations sous forme de chiffres, de bits ou de données numériques, souvent dans le but de stockage, de traitement ou de transmission informatique.

Paquet complet des activités de santé communautaire

Le paquet complet est composé des services de promotion, prévention, curative et de soutien. (i) **Les services promotionnels** sont un ensemble d'actions d'information, d'éducation et de communication utilisant des stratégies appropriées pour opérer des changements de comportements au sein de la population/communauté. (ii) **Les services préventifs renvoient aux** mesures visant à éviter ou à réduire la survenue d'une maladie, accident ou de handicap ou à diminuer la prévalence ou les conséquences d'une maladie ou d'un handicap. (iii) **Les Services curatifs** visent à restaurer la santé à travers une prise en charge adaptée. (iv) **Les services de soutien** se rapportent services offerts en appui aux structures de santé et qui visent le bon fonctionnement et l'atteinte des objectifs de santé.

Participation

Degré de contribution d'une personne aux prises de décisions – dans le présent document, aux prises de décisions concernant ses soins et le système de santé. La participation sociale est le droit et la capacité de la population à contribuer de manière efficace et responsable aux prises de décisions en matière de santé et à la mise en œuvre de ces décisions. La participation sociale en matière de santé constitue l'un des aspects de la participation civique, un élément indissociable de l'exercice de la liberté, de la démocratie, du contrôle social sur l'action publique et de l'équité. (OMS, 2022)

Personne-ressource volontaire

C'est une personne (homme ou femme) identifiée comme un modèle par sa communauté qui se porte volontaire pour animer ou mener des activités de promotion de la santé.

Prestation de services de santé à base communautaire

C'est une prestation de services conçus et mis en œuvre avec la communauté pour répondre aux besoins de santé de la population au niveau communautaire.

Prestataire de santé à base communautaire

Il s'agit de toute personne qui assure les prestations de santé à base communautaire.

Promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. La promotion est « la somme d'efforts organisés de la société pour maintenir, améliorer et promouvoir la santé de la population par l'amoindrissement des facteurs qui entraînent des risques pour la santé et le renforcement de ceux qui contribuent à une meilleure santé ».

Santé numérique ou santé digitale¹

Selon l'OMS, «la santé numérique (ou digitale) est le champ de connaissances et de pratiques associé au développement et à l'utilisation des technologies numériques pour améliorer la santé». Les 2 termes, santé digitale et santé numérique, renvoient au même concept prenant en compte le contexte. Toutefois, l'expression « transformation numérique de la santé communautaire » sied mieux que « numérisation de la santé communautaire ». Le terme digitalisation de la santé communautaire peut également être utilisé.

Services de santé à base communautaire

Les SBC désignent toutes les activités exécutées au niveau périphérique (centre de santé de base et niveau village) pour rapprocher les services de santé des communautés. Ils regroupent un ensemble de prestations intégrées, organisées et gérées avec et pour les communautés.

Soins de santé primaires

Approche de la santé mobilisant l'ensemble de la société dont l'objectif est de développer au maximum le niveau et la répartition de la santé et du bien-être grâce à trois composantes :

- 1) Services de santé intégrés privilégiant les fonctions de soins primaires et de santé publique:** répondre aux besoins des individus en matière de santé grâce à des services complets de promotion, de protection, de prévention, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs tout au long de la vie, accorder une priorité stratégique aux services de santé clés ciblant les individus et les

¹ Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 (who.int)

familles à travers les soins primaires, les fonctions essentielles de santé publique constituant le cœur des services de santé intégrés;

- 2) Politique et action multisectorielles** : agir systématiquement sur les déterminants de la santé au sens large (c'est-à-dire sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux, mais aussi sur les caractéristiques et comportements individuels) grâce à des politiques et à des mesures fondées sur des données factuelles dans tous les secteurs ;
- 3) Autonomisation des individus et des communautés** : donner aux individus, aux familles et aux communautés les moyens d'optimiser leur santé, en leur donnant la possibilité de défendre des politiques qui favorisent et protègent leur santé et leur bien-être, de co-concevoir les services de santé et les services sociaux, de se prendre en charge et de jouer le rôle d'aidants.

Ils représentent la force motrice de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle, agissant comme le pilier central qui soutient et oriente l'ensemble des initiatives vers l'atteinte de cet objectif global. (OMS, 2019)

Soins primaires

Processus primordial dans le système de santé qui permet d'assurer des soins de premier contact à la fois accessibles, continus, complets, coordonnés et centrés sur le patient.

INTRODUCTION

Dans l'optique de consolider le droit à la santé, reconnu par la constitution du Burkina Faso, le gouvernement a manifesté son ferme engagement pour la promotion de la santé des populations par entre autres actions, l'élaboration du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030 qui tire ses fondements de la politique sectorielle de santé (PSS). La déclinaison du PNDS en stratégie quinquennale accorde une place importante à la santé communautaire qui est un domaine multisectoriel et multidisciplinaire qui utilise les sciences de la santé et des approches sociales, pour engager les communautés vers la réalisation d'un idéal commun d'amélioration de la qualité de la vie.

En vue d'opérationnaliser les référentiels nationaux en matière de santé, pour la période de 2024 à 2028, une nouvelle stratégie nationale de santé communautaire (SNSC) a été élaborée. Elle consacre un de ses quatre (4) axes à la numérisation intégrale des interventions de santé communautaire, se fidélisant ainsi au principe mondial de mise à profit des avancées technologiques pour l'amélioration de la santé des populations.

Ayant intégré dans la démarche méthodologique, les principales recommandations de l'évaluation de la stratégie précédente, une large consultation des parties prenantes a permis de garantir l'inclusion, l'équité et la prise en compte du genre. Élaborée selon l'approche de gestion basée sur les résultats, la SNSC 2024-2028 se conforme au guide national d'élaboration des stratégies et plans stratégiques de développement.

À travers la présente stratégie, le Ministère de la santé s'offre l'opportunité de capitaliser les meilleures pratiques et de bénéficier des financements innovants dans le domaine de la santé communautaire. Tout cela repose sur une analyse diagnostique approfondie assortie de perspectives programmatiques clairement définies.

Ce document, qui se veut un instrument d'orientation de toutes les interventions de santé à base communautaire, est organisé autour des parties suivantes :

- analyse diagnostique ;
- éléments de la stratégie ;
- dispositions de mise en œuvre et de suivi-évaluation ;
- analyse et gestion des risques.

MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE

L'élaboration de la stratégie nationale de santé communautaire a suivi une démarche participative et inclusive à travers la combinaison de la production de la partie nationale avec l'accompagnement d'un bureau d'étude.

Elle s'est opérée en trois phases importantes : la phase préparatoire, la phase d'élaboration de la stratégie et la phase d'adoption.

La phase préparatoire a comporté les actions suivantes : (i) l'élaboration des termes de référence et de la feuille de route (ii) la mobilisation des partenaires (iii) le recrutement du bureau d'étude pour accompagner le processus (iv) et la mise en place du comité technique d'élaboration et des groupes thématiques.

Cette phase s'est achevée avec le lancement officiel du processus de l'écriture de la stratégie, au cours d'une cérémonie présidée par la Secrétaire générale du ministère de la santé et de l'hygiène publique.

La phase d'élaboration de la stratégie a consisté en des séries d'ateliers thématiques et programmatiques alternées par des séances de validation des productions par le Comité technique d'élaboration. Les résultats des différents travaux sont consolidés par l'équipe des consultants appuyée par un « Groupe restreint » sous le leadership de la Direction de la promotion et de l'éducation pour la santé.

- Le Comité technique a élaboré (i) les termes de référence des différentes activités du processus ; (ii) les termes de référence des groupes thématiques ; (iii) la feuille de route détaillée et budgétisée du processus de rédaction. Par ailleurs, il a organisé les différents ateliers et les sessions de validation séquentielle. Ainsi, à chaque étape cruciale du processus, le Comité technique s'est réuni pour s'assurer de la prise en compte des orientations et formuler des recommandations aux groupes de travail et aux consultants.
- Les Groupes thématiques ont été constitués par note circulaire du président du Comité en intégrant la multisectorialité et la multidisciplinarité. Quatre (4) groupes thématiques ont été mis en place : (i) « Accès aux services de santé communautaire » ; (ii) « Prestations des services de santé communautaire » ; (iii) « Pilotage et soutien » et (iv) « Digitalisation ».

Les travaux des groupes thématiques ont été guidés par les consultants qui ont fourni les outils et les orientations nécessaires. Au total, trois (3) ateliers thématiques se sont tenus et ont permis de faire l'analyse diagnostique, de définir les éléments de la stratégie et de décrire les dispositions de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

- Les ateliers de consolidation et de finalisation. Cinq (5) ateliers se sont tenus et ont porté sur : (i) l'amendement de la stratégie ; (ii) la déclinaison du PTG-2024-

2026 et du plan de SE de la stratégie ; (iii) l'amendement et la finalisation du plan de communication ; (iv) la budgétisation des activités de la stratégie ; (v) la lecture et la mise en cohérence de la stratégie et de ses documents connexes.

- Mise à contribution de personnes de ressource. Avant la phase d'adoption, le document a été soumis à l'appréciation d'experts de haut niveau en santé communautaire.

La phase d'adoption a été marquée par la validation technique nationale de la stratégie et des documents connexes, la pré-validation lors d'une session de la Task-Force sur la santé communautaire, la validation finale par le Cadre sectoriel de dialogue en santé (CSD) ; et l'adoption par acte de l'autorité compétente.

PARTIE I : ANALYSE DIAGNOSTIQUE

1.1. ANALYSE DU CONTEXTE

1.1.1. Contexte géographique

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso s'étend sur une superficie d'environ 274 200 km². Il est limité par le Mali (Nord-Ouest), le Niger (Nord-Est), le Bénin (Sud-Est), la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo (Sud). Son climat est tropical, de type soudanien dans son ensemble, avec une pluviométrie moyenne annuelle variant de 300 mm au Nord à plus de 1 200 mm au Sud-ouest. Cette situation géographique expose le pays à nombre de maladies. Pour cela, une synergie d'action avec les autres pays est nécessaire pour permettre d'endiguer d'éventuelle épidémie.

Outre cela, l'impact du changement climatique au Burkina Faso se fait sentir à travers une série de défis croissants, y compris la diminution des précipitations, l'augmentation des températures, la fréquence accrue des sécheresses et des inondations, ainsi que la dégradation des terres et la désertification. Face à ces défis, le Burkina Faso met en œuvre des stratégies d'adaptation et de résilience, notamment la promotion de pratiques agricoles durables, la diversification des sources de revenus et le renforcement des infrastructures de gestion des ressources naturelles.

1.1.2. Contexte administratif

Sur le plan administratif, le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes et 8 902 villages et 386 secteurs². Avec la politique de décentralisation engagée depuis 1993, le Burkina Faso a entrepris le transfert de certaines compétences et des ressources aux collectivités territoriales (régions et communes), dont celle de la santé de base. Cette subdivision jusqu'au niveau village favorise l'autonomie de gestion de la santé au niveau local.

1.1.3. Contexte économique

Le niveau de l'Indice de Développement humain (IDH) du Burkina Faso était de 0,452 en 2019, le classant dans la catégorie des pays à faible niveau de développement et au 182e rang parmi 189 pays et territoires classés³.

Après les chocs exogènes des années 2014 et 2015, l'économie burkinabè a connu un net rebond en 2016 (+4,3%) suivi par une phase de consolidation qui a porté la croissance jusqu'à 6,6% en 2018. En 2020, la croissance est tombée à 1,9% sous les effets conjugués de la pandémie de la COVID-19, de l'insécurité persistante et de la poursuite des mouvements de revendications sociales. Elle a rebondi en 2021 pour atteindre 6,9%, avant de retomber en 2022 à 1,8% en raison à la fois des conséquences de la crise socio-politique et de la crise sécuritaire au Burkina Faso⁴.

² Annuaire statistique 2022 de l'administration du territoire

³ Rapport sur le Développement humain 2020. PNUD. http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/BFA.pdf

⁴ Baisse de croissance au niveau mondial

Le tissu économique du Burkina Faso est peu diversifié. Le secteur primaire (20,1% du PIB) se caractérise par le faible niveau de développement de son tissu agro-industriel. Le secteur secondaire (29,3 % du PIB) est porté par une industrie minière d'extraction, sans grande transformation qui représente 15% du PIB ; le secteur des bâtiments et des travaux publics, et le secteur manufacturier représentent moins de 15% du PIB. Enfin, concernant le secteur tertiaire (50,6% du PIB) malgré le développement des services financiers et des télécommunications⁵, il reste dominé par les activités commerciales et des services informels. Cette structuration de l'économie burkinabè, la rend vulnérable aux chocs exogènes et ceux liés aux changements climatiques, les crises financières et pétrolières internationales et l'instabilité régionale.

Le faible niveau de développement de son agriculture, expose le pays à la récurrence des épisodes d'insécurité alimentaire ainsi qu'à la malnutrition des enfants. En effet, environ 30% de la population est confrontée à une insécurité alimentaire.

D'après les résultats du Cadre Harmonisé d'analyse et d'identification des zones à risque et d'estimation des populations en insécurité alimentaire au Sahel et en Afrique de l'Ouest; la situation alimentaire et nutritionnelle de l'année 2023 au Burkina Faso est marquée par i) une hausse de la production céréalière, des cultures de rente et des autres cultures vivrières par rapport à la moyenne quinquennale, ii) des dysfonctionnements des marchés agricoles surtout dans les régions à forts défis sécuritaires avec une tendance à la baisse des disponibilités et une tendance haussière des prix des céréales de base et des produits de grande consommation comparativement à la moyenne quinquennale en raison des difficultés d'approvisionnements dans ces régions, et iii) les déplacements de populations liés à la situation sécuritaire dont le nombre de personnes déplacées internes est estimé à 1 938 792 personnes dont 17,61% d'hommes, 23,96% de femmes et 58,43% d'enfants à la date du 31 janvier 2023. L'estimation des populations en insécurité alimentaire fait ressortir qu'en période courante (mars à mai 2023), la population en insécurité alimentaire ayant besoin d'une assistance immédiate (population en phase 3 à 5) est estimée à 2 195 758 personnes, soit près de 10% de la population totale. En période projetée (juin-juillet-août 2023), ce nombre est estimé à 3 351 048 personnes, soit près de 15% de la population totale.

L'évaluation de l'état nutritionnel des enfants qui a été faite à partir de la mesure du périmètre brachial dans le cadre de l'Enquête Intégrée Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle conduite en février 2023, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) au niveau national est de 3,0 % dont 1,1% de forme sévère.

L'incidence de la pauvreté monétaire demeure forte et ascendante. Elle est passée de 41,4% en 2018 à 43,2% en 2021. En milieu urbain, elle s'est accrue de 3,5 points, en passant de 13,1% en 2018 à 16,6% en 2021. En milieu rural, elle s'est légèrement accentuée, passant de 51,1% en 2018 à 52,7% en 2021. La distribution de l'incidence de la pauvreté par région administrative indique une forte incidence de la pauvreté

⁵ IAP 2020

dans les régions du Sahel, du Nord, du Centre-Nord, de l'Est et de la Boucle du Mouhoun. Dans ces cinq régions, plus de la moitié de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté. Du fait de leur exposition à la crise sécuritaire, certaines régions ont connu une augmentation de la pauvreté. L'incidence de la pauvreté a augmenté de 31,9 points dans la région du Sahel, de 16,3 points dans les Cascades et de 8,9 points dans la région de l'Est⁶.

L'ampleur de la pauvreté, son évolution et la disparité à travers les milieux et régions infère des capacités insuffisantes de prise en charge des besoins en santé des populations.

1.1.4. Contexte démographique

Selon le 5ème recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) réalisé en 2019, la population du Burkina Faso était de 20 487 979 habitants. Avec une densité d'environ 75 habitants au km², elle croît à un rythme de 2,93% l'an. Elle est majoritairement jeune et féminine, car, les moins de 15 ans et les femmes représentent respectivement 45,3% et 51,7% de la population totale. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 46,68% de l'ensemble de la population féminine et 24,14% de la population totale du pays. Sur la même période, 73,7% de la population vivaient en milieu rural contre 26,3% en milieu urbain⁷. Seulement 23% des femmes et 38% des hommes sont considérés comme étant alphabétisés⁸.

Selon les résultats des Enquêtes démographiques et de santé 2015 et 2021, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 5,4 à 4,4. En 2021, l'ISF est de 4,9 enfants en milieu rural et de 3,4 en milieu urbain.

Selon les données du RGPH 2019, le taux brut de natalité est de 31 naissances vivantes pour mille habitants et la mortalité générale est de 9,2 pour mille. L'espérance de vie à la naissance est de 61,7 ans.

Le fort taux de natalité et la jeunesse de la population impliquent une forte demande de soins de santé maternelle et infantile. D'une manière générale, cette situation nécessite des efforts supplémentaires pour couvrir les besoins de la population en services promotionnels, préventifs et curatifs.

1.1.5. Contexte socioculturel

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques possédant chacune ses traditions et ses manifestations culturelles. En dépit de cette diversité des communautés, les traits communs des inégalités relevées au niveau socioculturel concernent : i) la persistance de la préférence du garçon par rapport à la fille dans le choix des naissances, dans le droit de succession et le droit de propriété, ii) les inégalités et disparités nées de la répartition du travail selon le sexe. Certaines pratiques et autres pesanteurs socioculturelles comme le lévirat, l'excision, le mariage

⁶ ECVHM 2018, 2021

⁷ Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso, Résultats préliminaires septembre 2020

⁸ INSD 2019

d'enfant, les violences physiques, les mariages précoces et forcés ont des conséquences négatives sur l'état de santé des femmes et des hommes. À l'opposé, le riche savoir des tradipraticiens de santé constitue une source de la pharmacopée africaine à valoriser. Les principales religions sont l'islam (63,8%), le catholicisme (20,1%), le protestantisme (6,2%) et la religion animiste (9%) (RGPH2019).

Aussi, le faible taux d'alphabétisation (29,7%), le taux brut de scolarisation au post primaire (45,2%)⁹ et l'incivisme constituent un frein à l'adoption de comportement favorable à la santé.

1.1.6. Contexte sanitaire, sécuritaire et humanitaire

Le contexte sécuritaire difficile que traverse le Burkina Faso depuis la fin de l'année 2015 met à rude épreuve le système de santé. Les violences liées aux activités croissantes des groupes armés occasionnent des déplacements forcés des populations de localités rurales vers les agglomérations urbaines, généralement plus sécurisées.

Ces violences couplées à, l'absence des services publics et autres symboles de l'État ont engendré un dysfonctionnement de l'offre de soins dans les régions et localités dites à fort défi sécuritaire. Pour ce qui concerne le service de la santé, les données du ministère en charge de la santé indiquent que 2,5 millions de personnes sont privées d'accès aux soins de santé du fait des fermetures de centres de santé. Ce dysfonctionnement se caractérise par :

- la fermeture totale ou le fonctionnement à minima de certaines formations sanitaires réduit le volume des activités (les consultations, les gardes et les activités de vaccination en stratégies avancées, etc.). En effet, cette crise sécuritaire a entraîné la fermeture de 270 formations sanitaires, soit 15,1% de l'ensemble et le fonctionnement à minima de 417, soit 23,3%¹⁰ des formations sanitaires dans les zones à défi sécuritaire.
- L'afflux massif des populations dans l'aire de santé des formations sanitaires d'accueil entraîne une importante hausse de la demande de soins. À la date du 31 mars 2023, on comptait 2 062 534 personnes déplacées internes (PDI) avec 11,57% d'enfants de moins de 5 ans et 23,91% de femmes. Cette situation expose les populations déplacées internes et les communautés hôtes à des risques de maladies épidémiques évitables et une aggravation des conditions sanitaires pour ceux qui sont suivis pour des maladies chroniques comme le VIH, le diabète, l'HTA, confrontés aux difficultés d'approvisionnement en médicaments. Aussi, les agents de santé sujets à des psycho-traumatismes voire de burn-out mettant à rude épreuve la qualité des soins.

La question de la protection et de la prise en charge sanitaire des groupes vulnérables, notamment les femmes, les filles et les enfants des régions touchées se pose donc avec acuité du fait de l'exacerbation de la vulnérabilité des populations de ces régions

⁹ Tableau de bord des enseignements post-primaires et secondaire, 2012-2022

¹⁰ Rapport CORUS-MSHP, mars 2023

à cause de la crise sécuritaire. Selon les estimations du ministère en charge des affaires humanitaires, près de 85% de la population déplacée est constituée de femmes et d'enfants.

Aussi, la fréquence des crises et catastrophes naturelles au Burkina Faso entraîne bien souvent des épisodes d'insécurité alimentaire et nutritionnelle. En 2020, environ 3 423 000 personnes sont dans le besoin dont 1 million de garçons, 1,08 million de filles, 698 000 hommes et 645 000 femmes. L'évaluation des besoins humanitaires a relevé que 3,5 millions de personnes sont dans le besoin dont 1,3 million de personnes en situation de besoins de survie et 2,9 millions de personnes en situation d'insécurité alimentaire. Par ailleurs, 2,5 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé et approximativement 813 000 sont privées d'éducation. De ce fait, au regard des risques que court la population affectée, il s'avère donc indispensable de définir un paquet de services essentiels à tous les niveaux de soins de la pyramide sanitaire pour couvrir de façon rationnelle et optimale la demande de soins des personnes en situation d'urgence sanitaire.

Ces dernières années, la situation épidémiologique du pays est émaillée d'énormes défis avec la réémergence de certaines maladies à potentiel épidémique. Outre le paludisme, l'épidémie de COVID-19 a touché 22 453 personnes avec 396 décès à la date du 30 avril 2023. En ce qui concerne l'épidémie de dengue en 2023, 70 433 cas ont été enregistrés au 31 décembre 2023 avec 709 décès.

Plus récemment en début 2024, le pays a déclaré l'épidémie de rougeole dans 5 régions. À la date du 25 février 2024, ce sont 2 355 cas qui ont été enregistrés dans le pays, dont 8 décès.

Malgré des progrès dans la prévention et le contrôle des maladies, des défis structurels persistent, notamment en matière d'accès aux soins de santé de base.

1.2. ANALYSE DU CADRE ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL

L'analyse du cadre organisationnel et institutionnel permet de situer la santé communautaire dans l'organisation d'ensemble du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et présenter l'ensemble des structures qui interviennent dans la santé communautaire.

1.2.1. Cadre organisationnel

1.2.1.1. Organisation administrative

L'organisation administrative du système de santé s'articule autour de trois niveaux : (i) le niveau central représenté par le cabinet du Ministre, le Secrétariat général et les directions techniques qui élabore et coordonne la mise en œuvre des politiques de santé ; (ii) le niveau intermédiaire correspondant aux directions régionales de la santé et l'hygiène publique ; (iii) le niveau périphérique qui est représenté par le district sanitaire.

1.2.1.2. Organisation de l'offre des soins

Du point de vue de l'offre des soins de santé, le système de santé est organisé en trois secteurs : public, privé et traditionnel.

1.2.1.2.1. Secteur public

C'est un système de type pyramidal avec trois niveaux.

❖ Premier niveau de soins

Il est représenté par le district sanitaire, et est subdivisé en deux échelons :

- **Le 1^{er} échelon** qui comprend le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical (CM). Cet échelon constitue la porte d'entrée du système de santé. On y offre un paquet minimum d'activités (PMA) composé de soins curatifs, préventifs, réadaptatifs et promotionnels. Le volet communautaire est assuré par les acteurs communautaires. Dans le cadre de l'organisation de la santé communautaire, des initiatives sont proposées telles que les postes de santé communautaire (PSC) qui sont au stade de pilote d'implémentation.
- Le CSPS et le CM sont placés sous la tutelle technique du district sanitaire et sous la tutelle administrative et financière de la commune. La gestion des CM et des CSPS est assurée par les comités de gestion (COGES) dont les instances de décision sont les assemblées générales semestrielles et les réunions mensuelles. Ce COGES est un organe de gestion participatif État-communauté. Le bureau du COGES organise la communauté pour sa participation aux activités de promotion de la santé.
- **Le 2^{ème} échelon** constitué de l'Hôpital de District (HD) vient en complément au 1^{er} échelon en dispensant le paquet complémentaire d'activités. Il est placé sous la tutelle technique du ministère en charge de la santé et sous la tutelle administrative et financière du ministère en charge des finances conformément à l'arrêté N°2010-431/MS/MATD/MEF portant création, attributions, composition et fonctionnement d'un comité de gestion du centre médical avec antenne chirurgicale ou hôpital de district (HD). Au niveau de cet échelon, il existe un comité de gestion appelé comité de gestion du centre médical avec antenne chirurgicale ou hôpital de district. Ce COGES est un organe de gestion participatif État-communauté. Cependant, ces COGES ne sont pas opérationnels.

En 2022, le pays comptait 70 districts sanitaires, avec 46 HD, 99 CM, 2 207 CSPS fonctionnels, 51 dispensaires isolés et 04 maternités isolées. Le rayon moyen d'action théorique y compris le privé était de 5,4 km¹¹.

¹¹ Annuaire statistique de la santé 2022

❖ **Deuxième niveau de soins**

Ce deuxième niveau comporte deux types de structures de référence :

- les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), au nombre de neuf (9). Ils servent de référence et de recours aux HD ;
- les centres hospitaliers universitaires régionaux (CHUR), dont celui de Ouahigouya qui est opérationnel.

Ces structures sont gérées par un Conseil d'Administration.

❖ **Troisième niveau de soins**

C'est le niveau le plus élevé qui assure des soins spécialisés, la formation universitaire et la recherche. Il existe six (6) Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et des centres spécialisés

1.2.1.2.2. Secteur privé de soins

À l'image du secteur sanitaire public, le secteur sanitaire privé dispose de structures de différents niveaux de soins. Il est présent sur toute l'étendue du pays, mais principalement dans les grandes villes. En 2021, on dénombrait 519 structures sanitaires privées de soins.

Les Organisations de la société civile (OSC) jouent un rôle important dans le système national de santé eu égard à leur contribution dans la prévention des maladies et la promotion de la santé. Certaines de ces OSC (241 en 2022) ont contracté un paquet d'activités avec le ministère de la santé dans le cadre du nouveau mécanisme de financement du Fonds mondial pour le renforcement du système de santé et la lutte contre le paludisme, les IST/VIH/Sida et la tuberculose.

1.2.1.2.3. Secteur traditionnel

Quant au secteur de la médecine traditionnelle et alternative, il est en pleine expansion. En 2021, on recensait environ 30 000 tradipraticiens de santé au Burkina Faso. Pour la valorisation de la médecine traditionnelle, le centre de médecine traditionnelle et de soins intégrés de Ouagadougou et les structures d'interface régionales de médecine traditionnelle de Ouahigouya et Tenkodogo ont été mis en place. Toutefois, il est assez important de noter l'anarchie ; les acteurs qui échappent au contrôle et l'utilisation des réseaux sociaux par des personnes non répertoriées

1.2.1.3. Instances de coordination de la santé communautaire

La coordination des interventions de santé communautaire se fait à tous les niveaux du système.

- *Au niveau central*

Le Comité national de suivi et de coordination des interventions à base communautaire et la Taskforce en santé communautaire sont des organes de coordination, de suivi et de prise de décision en matière de santé communautaire. La Taskforce est une

instance qui comprend deux organes à savoir la cellule de coordination et le forum des parties prenantes. Les prestations de service de santé à base communautaire sont validées et suivies par ces instances de coordination.

- *Au niveau déconcentré*

Au niveau intermédiaire, le comité technique régional de santé (CTRS) et comité régional de suivi du PNDS constituent des organes de coordination, d'évaluation et de prise de décision en matière de santé, y compris la santé communautaire.

Au niveau périphérique, il existe deux organes de décision qui sont le conseil de santé du district sanitaire et le comité technique de santé du district sanitaire. Ces organes coordonnent les interventions des différents acteurs de santé au niveau périphérique et notamment dans les communes. De plus, la rencontre ICP-ECD-COGES est un organe de décision au niveau des districts sanitaires. Cependant, ces organes ne fonctionnent pas correctement du fait de l'insuffisance de ressources financières.

1.2.2. Cadre institutionnel

Le cadre institutionnel de la santé communautaire comprend les structures étatiques et les structures non étatiques.

1.2.2.1. Structures étatiques

- ❖ Ministère de la santé.

La Direction de la promotion et de l'éducation pour la santé (DPES) est la structure technique de la Direction générale de la santé et de l'hygiène publique (DGSHP) qui est chargée de formuler, de coordonner et de suivre la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire en collaboration avec les directions et les secrétariats techniques et les structures rattachées. Les Directions régionales et les districts sanitaires mettent en œuvre la politique nationale en matière de santé communautaire.

- ❖ Autres départements ministériels

Plusieurs départements ministériels participent à l'amélioration de la santé communautaire à travers des interventions multisectorielles, surtout en situation d'urgence sanitaire et humanitaire. En effet, dans le cadre de l'approche « One Health », plusieurs ministères sont mis à contribution dans la lutte contre les épidémies et la gestion de certains problèmes de santé. La plateforme One Health a été mise en place par le décret N°2019-1086-PRES/PM/MRAH/MINEFID/MERSI/MS/MAAH/MEEVCC du 18 septembre 2019 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de la plateforme nationale de coordination « One Health ». Les ministères concernés sont ceux en charge de l'environnement, des ressources animales, de la communication, de l'agriculture, de la défense et de l'action humanitaire.

Le ministère en charge de l'administration territoriale et de la sécurité, dans le cadre de la mise en œuvre du protocole d'interopérabilité, travaille de concert avec le ministère de la santé pour améliorer l'enregistrement des naissances et des décès.

Le ministère en charge de la jeunesse, dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative de mobilisation des 100 000 jeunes volontaires, intervient dans la santé communautaire. Cette initiative a été opérationnalisée à travers le recrutement et le déploiement des VN/ASBC dans sept régions du pays (Boucle du Mouhoun, Centre, Est, Centre-Nord, Hauts Bassins, Nord, Sahel). Dans ce cadre, une convention de partenariat a été signée entre le ministère en charge de la santé et le Groupement d'intérêt public-Programme national de volontariat du Burkina Faso (GIP-PNVB).

1.2.2.2. Structures non étatiques

Les structures et acteurs non étatiques impliqués dans la santé communautaire sont essentiellement constituées du secteur privé, des ONG/Associations, les leaders d'opinion, les auxiliaires de pouvoir public et les Partenaires techniques et financiers.

❖ Secteur privé

Le secteur privé contribue à la couverture sanitaire avec 3 hôpitaux au niveau tertiaire, 8 polycliniques au niveau secondaire, 286 établissements de soins au niveau primaire dont 87 cliniques, 4 CMA, 65 CM, 35 cabinets médicaux, 17 cabinets dentaires, 83 CSPS, 593 autres structures de soins, 243 officines et 668 dépôts pharmaceutiques. Les cliniques privées, les pharmacies, les laboratoires médicaux et d'autres prestataires de soins de santé privés offrent souvent des services accessibles aux communautés locales, en particulier dans les zones urbaines et périurbaines où l'offre de services de santé publics peut être limitée.

❖ ONG/Associations.

Elles assurent la veille citoyenne et le plaidoyer pour la disponibilité et l'accès et l'utilisation des services de santé à la population. Elles accompagnent également le ministère en charge de la santé dans la promotion de la santé, la prévention des maladies, la prise en charge psycho-médicosociale et le soutien aux malades. En 2022, au total 437 ONG/Associations disposent de convention de collaboration avec le ministère en charge de la santé.

Au niveau des structures de prise en charge communautaire, on dénombre 14 centres médicaux communautaires, 24 cellules locales de santé communautaire (CLSC) et 40 centres communautaires de dépistage du VIH (CDV).

❖ Leaders coutumiers et religieux.

Ils représentent l'autorité morale et spirituelle et à ce titre sont les garants de l'ordre moral et spirituel dans la communauté. Ils détiennent un pouvoir de plaidoyer et de mobilisation des communautés en faveur de la santé. Ils sont associés à la prise de décision et à la mise en œuvre des interventions de santé communautaire.

❖ Auxiliaires des pouvoirs publics

Ils soutiennent le système de santé grâce à leur réseau d'acteurs communautaires spécifiques dans la promotion de la santé, la prévention des maladies, la réponse aux urgences sanitaires et la fourniture de soins de santé, en mettant l'accent sur la collaboration, la complémentarité et le renforcement des capacités locales. Il s'agit essentiellement des acteurs du Mouvement de la Croix-Rouge.

❖ Partenaires techniques et financiers

Les partenaires techniques et financiers sont des acteurs clés dans le renforcement des services de santé communautaire. Ils apportent un soutien financier, technique et logistique. Ils contribuent au renforcement des capacités locales et à la coordination en plaidant en faveur de l'importance de la santé communautaire.

1.3. ANALYSE DU CADRE JURIDIQUE

L'analyse du cadre juridique est faite en distinguant le niveau international, le niveau régional et le niveau national.

Le Burkina Faso a fait l'effort d'encadrer le secteur de la santé en général et de la santé communautaire en particulier à travers des textes juridiques et réglementaires. Cependant, malgré l'existence de ce corpus juridique et réglementaire, force est de constater que le domaine de la santé communautaire reste insuffisamment encadré et les textes existants ne sont pas suffisamment appliqués ou connus par les acteurs et cibles. Dans le sens de promouvoir la santé des populations, le pays s'est inspiré des documents juridiques internationaux et régionaux pour construire son cadre juridique national.

1.3.1. Niveau international

Le droit à la santé de la population est soutenu par la Déclaration universelle des droits de l'homme en son article 25, alinéa 1 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». On peut également citer :

- le pacte international relatif aux droits civiques et politiques adoptés le 16 décembre 1966 à New York ;
- la déclaration d'Alma-Ata en 1978 sur les soins de santé primaires ;
- la « Charte d'Ottawa » adoptée le 21 novembre 1986 sur la promotion de la santé.
- la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies, en 1989 ;
- le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, ratifié le 10 septembre 1998 par le Burkina Faso ;
- la convention internationale des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), en vigueur depuis 2008.

- le cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques des catastrophes 2015-2030 ;
- la déclaration d'Astana en 2018 sur les soins de santé primaires ;
- la déclaration sur la Couverture sanitaire universelle en 2019 lors de l'Assemblée générale des Nations Unies.

1.3.2. Niveau régional

Le pays a souscrit à des initiatives et a pris des dispositions pour leur application. Il s'agit notamment :

- de l'Initiative de Bamako pour le renforcement des Soins de santé primaires en 1987 ;
- de l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique en 2006 ;
- de la Déclaration de Ouagadougou appelant le renforcement des soins de santé primaires en 2008 ;
- du Plan d'action de Maputo 2016-2030 pour l'opérationnalisation du cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction ;
- de la Déclaration de Cotonou sur la santé communautaire dans le cadre des soins de santé primaires en 2019 ;
- de la Déclaration des Chefs d'Etats et de Gouvernements de l'Union africaine «créer une dynamique pour la reprise de la vaccination de routine en Afrique» le 19 février 2023 ;
- de l'Appel à action de Monrovia en 2023 relatif au « renforcement de l'engagement des pays à financer, étendre et renforcer les programmes de santé communautaire en tant que partie intégrante des soins de santé primaires en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle ».

1.3.3. Niveau national

Les dispositions législatives et réglementaires qui traitent des questions de santé communautaire peuvent être retrouvées dans les textes ci-dessous :

- la Constitution du Burkina Faso de 1991 en son article 26 stipule : « Le droit à la santé est reconnu. L'État œuvre à le promouvoir » ;
- la loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la Santé publique ;
- la loi n°012-2010/AN portant protection et promotion des droits des personnes handicapées au Burkina Faso ;
- la loi n°034/2021/AN du 28 octobre 2021 portant volontariat au Burkina Faso a été adoptée. Elle a permis le recrutement des 15 000 volontaires nationaux Agents de santé communautaires (VN-ASBC) ;
- le décret n°2009-108/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 3 mars 2009 portant transfert de compétences et des ressources de l'État aux communes dans les domaines de la santé ;

- le décret n°2009-269/PRES/PM/MS/MEF du 4 mai 2009 portant sur la contractualisation des activités de santé avec les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations à base communautaire d'exécution (OBC-E) ;
- le décret N°2012-828/PRE/PM/MASSN/MEF/MS/MENA/MESS portant adoption de mesures sociales en faveur des personnes handicapées en matière de santé et d'éducation du 22 octobre 2012 ;
- le décret n°2014-749/PRES/PM/MS du 10 septembre 2014 régissant la santé communautaire ;
- la mesure gouvernementale au cours du Conseil des ministres du 2 mars 2016 visant le recrutement de 2 ASBC dans les villages administrativement reconnus ;
- le décret n°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016 portant gratuité de soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso ;
- le décret n°2021- 030 8 /PRES/PM/MINEFID/MFPTPS portant statut particulier du métier de la santé humaine et animale. Dont le titre II est consacré aux agents de santé communautaire ASC ;
- l'arrêté conjoint n°428-2010/MS/MATD du 29 décembre 2010 portant attributions, composition et fonctionnement du conseil de santé de district ;
- le protocole d'interopérabilité dans le processus d'enregistrement des faits d'état civil et de production des statistiques de vie.

L'analyse du cadre juridique et réglementaire de la santé communautaire a révélé l'existence d'une forte volonté d'accorder une importance à la santé communautaire. Cette volonté est encore justifiée dans le contexte actuel où l'insécurité a entraîné la fermeture de nombreux centres de santé. En effet, l'adhésion du Burkina Faso aux différents cadres juridiques internationaux et régionaux de même que l'existence de dispositions législatives et réglementaires régissant la santé communautaire constituent des acquis considérables. Cependant, malgré l'existence d'un corpus de textes juridiques et réglementaires qui régit l'exercice du service de santé communautaire, ce service manque d'un encadrement suffisant sur le plan législatif, réglementaire et le respect des textes existants devrait être amélioré. Au titre des faiblesses, on peut citer :

- l'insuffisance de clarification du lien entre la santé communautaire et le système national de santé ;
- l'insuffisance de l'encadrement juridique des interventions de santé communautaire (l'absence de statut de l'ASBC ; des animateurs des OBC, d'autres prestataires de services de santé communautaires)
- le nombre croissant des interventions de santé communautaire non intégrées dans la réglementation en vigueur ;
- la faible vulgarisation et appropriation des textes de la santé communautaire ;
- la non prise en compte par le code de santé publique des innovations notamment de la santé communautaire.

1.4. ANALYSE DES RESSOURCES

1.4.1. Ressources humaines

Toutes les catégories professionnelles sont impliquées à des degrés divers dans le développement de la santé communautaire. En effet, les ASBC, les animateurs des OBC et les ASC sont les principaux acteurs de mise en œuvre des interventions à base communautaire sur le terrain. Les agents du niveau périphérique interviennent dans le processus de recrutement des ASBC, les appuient en termes de formation et de supervision.

Les acteurs du niveau intermédiaire participent également à la formation en cascades des prestataires communautaires et s'assurent par le truchement du suivi terrain, du bon déroulement des activités. Quant aux acteurs du niveau central, ils sont chargés de la conception des programmes, du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre des interventions à base communautaire (IBC).

Afin de permettre aux populations de bénéficier des prestations de santé de qualité, le Burkina Faso s'est engagé dans la mise en œuvre de nombreuses initiatives de santé communautaire. En 2024, la couverture des villages administratifs en binôme ASBC est de 93,08%. Aussi, les ASBC de sexe féminin représentent 38% et les ASBC de sexe masculin représentent 62%.¹²

Outre les ASBC, les animateurs des OBC font partie des fournisseurs de prestations de santé communautaire promus par l'État. Toutefois, selon la cartographie des acteurs de la santé communautaire établie en 2019, le nombre de ces animateurs semble insignifiant pour des visites régulières au sein des communautés. Le tableau 9 relatif aux rôles des acteurs communautaires est en annexe.

Les agents communautaires de la Croix-Rouge constituent un réseau de 45700 acteurs mobilisables répartis dans les 45 provinces du pays. Leur mobilisation est fonction des besoins du moment. Entre 2019 et 2023, au total 14 253 acteurs de la Croix Rouge ont été mobilisés dans le domaine de la santé.

Tableau I : Évolution de la situation par type d'acteur communautaire impliqué dans la santé communautaire de 2019 à 2023

Items	2019	2020	2021	2022	2023
Agents de santé communautaire	N/A	N/A	198	198	1 073
Agents de santé à base communautaire	17648	17648	17648	17648	17648
Volontaires nationaux-Agents de santé à base communautaire					15000
Accoucheuses villageoises dans les zones à défi sécuritaire	-	663	663	663	663

¹² Rapport sur les ASBC pour complément de la demande de subvention du Fonds Mondial dans le cadre du GC7 2024-2026-Avril 2024.

Animateurs, médiateurs, conseillers psychosociaux des Organisations à base communautaire		653	678	678	1388
Agents communautaires de la Croix Rouge	1568	3797	3346	2540	3002

Source : Ateliers des groupes thématiques 2024

Bien que les ressources humaines en santé soient en augmentation durant ces dernières années, on note tout de même un certain nombre d'insuffisances qui sont identifiées quant à l'utilisation ou à la gestion des acteurs de terrain de la santé communautaire. Il s'agit entre autres de l'insuffisance de spécialistes en santé communautaire ; l'insuffisance de compétence des acteurs communautaire, la non prise en compte de la taille des populations des villages pour dimensionner les nombres d'agents de santé communautaire à recruter au profit des villages ; la charge de travail des agents de santé est parfois très élevée et l'insuffisance de fonds, ce qui limite les supervisions des ASBC; l'irrégularité du paiement de la motivation des agents et la faiblesse de son montant.

L'enseignement de la santé communautaire fait partie des programmes de formation des professionnels de santé au Burkina Faso. Dans les formations de base, elle est enseignée comme une unité d'enseignement dans les UFR des sciences de la santé et les écoles de formation des paramédicaux. Les établissements qui assurent cet enseignement sont les UFR des sciences de la santé de l'Université Joseph KI-ZERBO, de l'Université Nazi BONI à Bobo-Dioulasso, de l'Université Lédia Bernard OUEDRAOGO à Ouahigouya, de l'Université Saint Thomas d'Aquin et bientôt de l'Université Saint Dominique en Afrique de l'Ouest (USDAO).

En tant que spécialité de la santé publique, elle est enseignée à l'Université Joseph KI-ZERBO et à l'Institut de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé et de l'Education (IFRISSE).

1.4.2. Ressources matérielles

Dans la définition du matériel dédié aux acteurs communautaires, le document de profil a donné une liste d'équipement composé du matériel technique, du matériel de protection, des outils de collecte et des supports de communication. Selon les résultats de l'évaluation de la stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023 en 2023, en termes d'équipements composant le kit, 88,27% des ASBC disposent de boîtes à images, 84,98% de gilets, 77,68% de sacs et 68,87% d'imperméables. Bien que la proportion des ASBC disposant du matériel semble satisfaisante, il est à noter que tous les acteurs ne bénéficient pas de tout le matériel, les animateurs des OBC et les volontaires ne disposent que des supports de communication et des outils de collecte. Même si la situation a été établie lors de l'évaluation de la stratégie de santé communautaire, les acteurs des districts et des formations sanitaires ne disposent pas d'un outil ou de registre pour documenter les dotations et les inventaires réguliers de ce matériel.

1.4.3. Ressources financières

Selon la cartographie des ressources en santé communautaire en 2023, sur la période de 2019-2021, les ressources financières de l'État allouées pour la santé communautaire s'élèvent à environ 33,3 milliards. Le Programme National de lutte contre le Paludisme et la DPES ont bénéficié des montants les plus importants, représentant respectivement 64,1% et 31%.

En ce qui concerne l'ensemble des dépenses de l'État et des partenaires pour la santé communautaire sur la période 2019-2021, le paludisme, la SR/PF et les IST/VIH sont les domaines d'intervention ayant reçu le plus de financements avec respectivement 36,5 milliards (55,6%), 16,4 milliards (25%) et 4,5 milliards (7%) de francs CFA.

Une revue des dépenses publiques du budget de l'État de 2019 à 2023 réalisée par le ministère de l'économie des finances et de la prospective avec l'appui financier de l'UNICEF indique une progression de dotation budgétaire annuelle sur la période de 2019 à 2022.

Tableau II : Évolution des dépenses publiques du ministère en charge de la santé par source de financement 2019-2023 du secteur Santé (en milliard XOF)

Source de financement	2019	2020	2021	2022
Budget État	214,0	168,5	171,3	276,0
Subvention	1,4	18,3	10,1	34,2
Prêt	3,2	0	0,6	1,1
Total général	218,6	186,8	182,0	311,2

Source : SIN@FOLO, mars 2024.

Les collectivités territoriales participent au financement de la santé, notamment par des constructions d'infrastructures sanitaires et la prise en charge de certaines catégories de personnel (agents de première ligne) relevant d'elles. Toutefois, leur rôle dans le financement de la santé est en évolution avec le transfert des compétences aux collectivités territoriales.¹³ A terme, les collectivités territoriales devraient participer à la motivation financière des ASBC.

Tableau III : Répartition de la somme allouée par les partenaires selon les domaines d'intervention en 2019-2021 (en million XOF)

Domaines d'interventions	Valeur
Motivation des acteurs communautaires (ASBC, OBC)	6 683,6
Supervision des acteurs communautaires	4 946,2
Matériel non-médical	2 069,0
Médicaments et matériel médical	1 081,2
Formation des acteurs communautaires	710,8
Coordination des acteurs communautaires	191,0
Total	15 681,80

Source : Rapport de la cartographie des ressources en santé communautaire 2022

¹³ Décret n°2009-108/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 3 mars 2009 portant transfert de compétences et des ressources de l'État aux communes dans les domaines de la santé

Bien que le secteur de la santé ait concentré entre 11 et 13,6% des ressources du budget de l'État burkinabè entre 2016 et 2020, la Direction en charge de la santé communautaire continue de faire face à des difficultés tant sur le plan de son équipement en matériels et intrants divers que sur les plans de son financement et de la gestion des agents de santé communautaire.

1.5. ANALYSE DES POLITIQUES ET STRATEGIES ANTÉRIEURES

1.5.1. Historique de la santé communautaire

Les repères historiques majeurs marquant la santé communautaire au Burkina Faso sont les suivants :

- En 1979, la formation, l'équipement et la supervision d'accoucheuses villageoises dans les localités de Kombissiri, Dori, Sebba et Diapaga ont permis de commencer une approche communautaire de santé.
- En 1985, l'opération « un village un poste de santé primaire » menée sous la révolution démocratique et populaire a été la concrétisation de l'organisation et de la participation des communautés villageoises dans la résolution de leurs problèmes de santé. Le poste de santé primaire, base de la pyramide sanitaire à l'époque, était animé par un agent de santé villageois et une accoucheuse villageoise.
- En juillet 1993, l'initiative de Bamako (IB) a été adoptée par le Burkina Faso en vue de renforcer les SSP. Cette stratégie, outre la décentralisation du système de santé par la création et l'octroi de l'autonomie de gestion aux districts sanitaires, vise le renforcement de la participation communautaire et le recouvrement des coûts.
- À partir des années 2000, on note au niveau national un regain d'intérêt pour la santé communautaire avec une forte mobilisation de la société civile à travers des ONG et des associations dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida.
- La contractualisation en tant que stratégie d'intervention visant l'amélioration de la performance des systèmes de santé a été élaborée par l'OMS en 2004 (OMS, 2004). Adapté au contexte du Burkina Faso, de 2009 à 2015, le principe de l'approche de contractualisation est basé sur le contrat de performance qui vise à rendre les acteurs de mise en œuvre du PNDS plus performants. C'est sur la base d'un plan d'action approuvé avec des résultats spécifiques à atteindre que le contrat est signé entre le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et l'ONG ou l'association contractante. Ensuite, un mécanisme de suivi et d'évaluation est mis en place. Le paiement des prestations de services se fait au terme de l'exécution du plan d'action et en fonction des résultats atteints. Trois niveaux d'intervention des acteurs dans la mise en œuvre de l'approche contractuelle ont été définis : le niveau central ou national représenté par le Comité technique national, le niveau régional et enfin le niveau district sanitaire. Le recrutement des ONG et associations se fait selon les trois niveaux. Les ONG-Rencap ont été

recrutées au niveau national pour encadrer et accompagner les OBCE recrutées au niveau régional. Au nombre de 15, elles ont travaillé en étroite collaboration avec le SLM régional, le point focal au niveau district, ainsi que la DRS. Quant aux OBC-E, elles ont été recrutées sur appel à candidatures par la commission régionale de sélection. Au nombre de 268, elles ont été chargées de mettre en œuvre les activités de santé contractualisées. Le NFM1 (2015), s'est appuyé sur les acquis engrangés à partir de la mise en œuvre de l'approche de contractualisation et enrôlé 263 organisations à base communautaire dans les 13 régions sanitaires.

- En 2011, la Direction de la santé communautaire a été créée en vue de renforcer et de mieux coordonner les interventions communautaires en santé. Cette direction a été fusionnée en 2013 avec la Direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé pour former l'actuelle Direction de la Promotion et de l'Éducation pour la Santé (DPES).
- En 2014, un document de profil de l'ASBC a été élaboré dans un souci d'harmonisation. Il décrit le processus et les critères de recrutement de l'ASBC et les différents modes de motivation ainsi que leur paquet d'activités, etc. Il a été révisé en 2021.
- En 2016, l'institutionnalisation de la santé communautaire a été matérialisée par une décision gouvernementale qui a permis, entre autres, de recruter 17 668 ASBC à raison de deux ASBC par village à l'échelle du pays. Ces ASBC mettent en œuvre un paquet d'activités promotionnelles, préventives, curatives et de soutien¹⁴. L'État avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers octroie la somme de 20 000 francs CFA par mois à chaque ASBC. Les VN/ASBC, recrutés en 2023, ont le même paquet et perçoivent le même montant que les ASBC¹⁵.

Par ailleurs, la politique nationale de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de 0 à 5 ans, adoptée la même année par le Gouvernement a permis de renforcer l'accessibilité financière des populations aux services de santé. Toutefois, cette politique nationale de gratuité connaît quelques difficultés, notamment le remboursement tardif et incomplet des fonds aux structures sanitaires, la disponibilité insuffisante des intrants au niveau des agents communautaires.

- En 2018, un décret portant gratuité des soins et des services de planification familiale au Burkina Faso a été pris. Il est stipulé dans son article 2 que la gratuité de la planification familiale est mise en œuvre dans les formations sanitaires publiques, y compris les agents de santé à base communautaire et au sein des formations sanitaires privées conventionnées.

¹⁴ Document profil de l'ASBC 2021

¹⁵ Plan d'intensification des IBC dans les zones urbaines et péri-urbaines de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso ainsi que dans les sites des personnes déplacées internes des régions à défi sécuritaire 2023

- À partir de juin 2022, cette gratuité a été étendue à la PF. Au cours de la même année, une première version du mHealth a été initiée par le projet PMNCH¹⁶ appuyé par l'UNICEF dans le district sanitaire de Yako, région du Nord.
- À partir de 2017, le ministère de la santé a adopté un plan national d'accélération de la PF 2017-2020. Dans ce plan, la délégation des tâches aux ASBC a été expérimentée avec des résultats probants mais la mise à l'échelle n'a pas pu être effective par manque de financement.
- En 2019, la cartographie des ASBC et des OBC a révélé l'existence de 17 648 ASBC et 445 OBC dont 31,6% ne disposaient pas de convention avec le ministère de la santé.
- En 2021, une application facilitant la mise en œuvre des activités des ASBC dénommée mHealth version 2 a été mise en place. Elle est déployée en phase pilote dans 12 districts sanitaires. Aussi, cette année a connu le recrutement des premiers ASC au Burkina Faso.
- En 2022, une plateforme de gestion des ASBC a été déployée et rendue accessible aux 70 districts sanitaires. Cette plateforme facilite la déclaration de la fonctionnalité et le suivi de l'effectivité du paiement des ASBC.
- En 2023 un recrutement de 15000 VN-ASBC a été effectué au profit des zones urbaines et péri-urbaines des villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso et dans cinq (5) régions à fort défi sécuritaire (Est, Sahel, Centre-nord, Boucle du Mouhoun, Nord).
- En 2024, selon le rapport sur les ASBC pour complément de la demande de subvention du Fonds Mondial dans le cadre de la GC7, 17668 ASBC ont été recrutés en 2016 et 17188 ASBC sont fonctionnels à ce jour.

1.5.2. Quelques expériences en matière de santé communautaire

Plusieurs expériences pertinentes enrichissant les approches de santé communautaire au Burkina Faso ont été répertoriées. Les acquis et les leçons apprises peuvent alimenter l'efficacité et la durabilité des actions qui seront proposées dans la présente stratégie. Le tableau IV dont le titre est affiché ci-dessous et joint en annexe, fournit les détails sur les expériences en matière de santé communautaire.

Tableau IV : Expériences en matière de santé communautaire (cf. annexe)

¹⁶ PMNCH - Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

1.5.3. Situation de la santé communautaire au Burkina Faso

1.5.3.1. Documents stratégiques en lien avec la santé communautaire

Le Plan national de développement sanitaire 2011-2020 a été l'orientation majeure des actions de santé dans notre pays et plus particulièrement en matière de santé communautaire. Les acquis et les insuffisances constatées lors de l'évaluation finale de cette politique ont permis de formuler la recommandation stratégique relative au développement plus accru de la santé communautaire.

La stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé, premier document stratégique sur la santé communautaire a été élaboré en 2008. La principale insuffisance de cette stratégie concernait sa vision non globale et intégrée de la santé d'une part et la nécessité de se conformer à la recommandation des Chefs d'État et de Gouvernement de la région africaine de l'OMS d'autre part. Pour faciliter la mise en œuvre de cette stratégie, l'État adopte un Plan stratégique de communication en appui aux interventions intégrées à base communautaire (2009-2015).

La stratégie nationale de promotion de la santé adoptée en 2014 était une approche globale dans la résolution des problèmes de santé. Ce caractère global ne permet pas une visibilité des approches de santé communautaires plus affinées. Le Plan d'Action National de Promotion de la santé (2015-2019) accompagnant la stratégie n'a pas rencontré l'engouement des PTF pour sa mise en œuvre. Le mécanisme de financement et de suivi-évaluation de la mise en œuvre était insuffisant. La stratégie n'a pas été évaluée et la situation de sa mise en œuvre reste inconnue.

La stratégie nationale de la santé communautaire 2019-2023, dernière en date, a permis d'être en phase avec l'évolution de la santé communautaire. Des acquis ont été engrangés, mais des insuffisances ont été relevées dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre. Il s'agit notamment de : (i) la non prise en compte des préoccupations d'acteurs et d'entités clés du ministère de l'économie, de l'Action Humanitaire, de la défense et de l'agriculture due à leur faible participation dans le processus de conception. ; (ii) la faible implication des collectivités territoriales dans le processus de recrutement et de renouvellement des ASBC qui a entraîné une difficulté dans leur gestion (légitimité de l'ASBC, établissement du PV, paiement de la motivation, etc.) ; (iii) les mécanismes de financement n'ont pas permis de faire une mobilisation financière conséquente pour la mise en œuvre des activités.

1.5.3.2. Prestations des services de santé communautaire

Au niveau central, ces prestations se résument en l'élaboration des politiques, des stratégies, des normes et protocoles et des autres référentiels en matière de santé communautaire. Ce niveau joue également un rôle dans la gouvernance, la coordination ainsi que le suivi et l'évaluation. Elles sont assurées à ce niveau essentiellement par les spécialistes en santé communautaire, des cadres de l'administration publique, de la société civile, des partenaires techniques et financiers

et du secteur privé. Les acteurs de l'administration publique se composent du personnel des secrétariats techniques, des directions générales, centrales, techniques et des programmes rattachés du ministère en charge de la santé, des autres départements ministériels intervenant dans la santé communautaire, des universités, des centres et instituts de recherche et de formation. Au niveau de la société civile, les acteurs se composent des ONGs et des réseaux associatifs. Les représentants du secteur privé de santé participent aux instances de coordination.

Au niveau régional, les prestations de service de santé communautaire sont coordonnées par la DRSHP en collaboration avec les représentants des autres secteurs ministériels, des collectivités territoriales, des acteurs de la société civile, des PTF et des répondants des structures centrales à travers le CTRS. Le service de la promotion de la santé et de l'hygiène publique et de la santé communautaire est le service technique de la santé communautaire au niveau de la région qui s'occupe de la santé communautaire. Les attributions de ce service sont entre autres : appuyer les districts sanitaires à la mise en œuvre des activités d'information, d'éducation et de communication, appuyer les organisations non gouvernementales, les associations et les partenaires de la santé dans les activités, coordonner les activités des OBC, mettre à jour la cartographie des acteurs communautaire et de leurs interventions...

Au niveau District sanitaire, les prestations de service de santé communautaire consistent à assurer la coordination, la formation et la supervision des acteurs communautaires ainsi que le suivi, l'évaluation et la capitalisation de la mise en œuvre des activités. Les membres des équipes-cadres de district (ECD), les agents des CSPS, des CM et du secteur privé de santé ainsi que les membres des organisations à base communautaire (OBC) constituent les acteurs de ce niveau. Des prestataires des services techniques d'autres ministères, des collectivités territoriales, de la Croix-Rouge, des ONGs et de la société civile participent également au renforcement des capacités, à la mise en œuvre, au suivi et à la capitalisation des activités de santé communautaire. Le service de la promotion de la santé de l'hygiène publique et de la santé communautaire est le service technique de la santé communautaire au niveau du district. La mise en œuvre des activités connaît une insuffisance de ressources dédiées à la santé communautaire et l'amélioration de leur répartition par domaine d'intervention, du suivi des acteurs communautaires et la non prise en compte des organisations spécifiques dont celles des personnes handicapées.

Au niveau communautaire, les prestations de service de santé communautaire sont conçues, assurées et coordonnées à divers niveaux du système de santé. Ces prestations sont assurées par les agents de santé à base communautaire (ASBC) au nombre 17 668 en 2019, les 15000 volontaires nationaux agents de santé à base communautaire VN-ASBC, les agents de santé communautaire (ASC), les animateurs des Organisations à base communautaire (OBC) de santé, les acteurs communautaires de la Croix Rouge et les autres acteurs dont les dénominations varient selon les approches. Tous ces acteurs interviennent sur la base d'un Paquet d'activités sous la supervision des ICP.

Les activités de santé communautaire sont déroulées à travers des services promotionnels, préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de soutien. Ces prestations sont réalisées au sein des communautés par plusieurs acteurs formés. Les ASBC ont un Paquet d'activités qu'ils mettent en œuvre à travers des VAD, des causeries éducatives, la mobilisation sociale et la prise en charge des patients, la distribution à base communautaire, la Surveillance basée sur les événements (SBE) et le rapportage des données sous la supervision directe des ASC.

Les agents de santé à base communautaire sont des acteurs essentiels dans la lutte contre les épidémies. Leur proximité avec la population, leur connaissance des réalités locales et leur capacité à mobiliser et éduquer les communautés sont des atouts indispensables pour la détection, la prévention et le contrôle des maladies épidémiques. En formant les communautés aux bonnes pratiques sanitaires et en les impliquant dans la lutte contre les épidémies, les ASBC renforcent la résilience communautaire. Les populations deviennent plus informées, plus préparées et mieux équipées pour faire face aux crises sanitaires. Investir dans leur formation et leur soutien est crucial pour renforcer les systèmes de santé publique et améliorer la réponse aux épidémies.

Les ASC sont des professionnels de santé recrutés et formés à l'École National de Santé Publique pour tenir fonctionnels les postes de santé communautaire (PSC). Ils encadrent les ASBC. À ce jour, le pays ne dispose que de deux (2) PSC qui sont fonctionnels dans le district sanitaire de Pô. Cependant, le décret en vigueur sur les emplois spécifiques des ASC n'inclut pas le volet curatif dans leurs attributions.

Les volontaires nationaux Agents de santé à base communautaire (VN-ASBC) ont été recrutés à travers le Groupement d'intérêt public, programme national de volontariat au Burkina Faso (GIP/PNVB). Ils interviennent dans les zones urbaines et périurbaines des villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso et les sites des PDI des régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Nord, de l'Est du Nord et du Sahel. Ils mettent en œuvre les activités de promotion et de prévention sur les thématiques du moment et la prise en charge des cas dans les régions à défi sécuritaire et axées sur les priorités. Ils ont en charge l'animation des clubs de santé communautaire.

Au niveau des OBC, ce sont des animateurs qui mènent des activités de promotion, de prévention, curatives et de soutien. Ces OBC sont présents sur toute l'étendue du territoire, mais leur paquet d'activités s'est fortement réduit ces dernières années compte tenu des difficultés de financement.

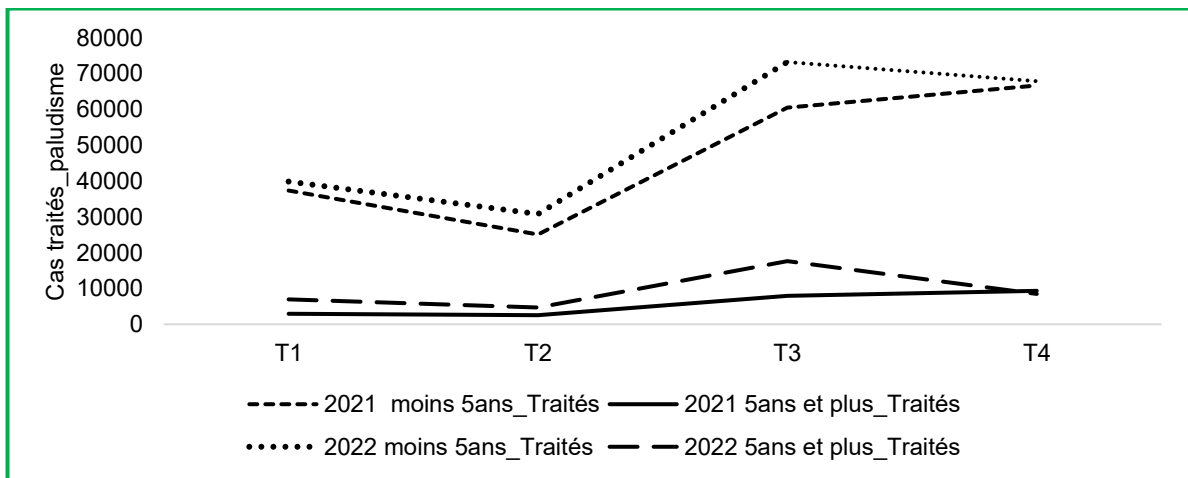
En plus des prestataires suscités, d'autres volontaires communautaires mènent des prestations dans le cadre de la santé communautaire. Ils ne sont pas suffisamment cartographiés et leurs prestations sont peu capitalisées. Parmi eux, on peut citer les volontaires de la Croix-Rouge (environ 45000) repartis sur l'ensemble du territoire, les jeunes champions (192 garçons et filles), les « pères et mères burkimbila » (60 dont 27 femmes), les jeunes leaders des académies de filles et garçons, les animateurs des « écoles de mari plus », les époux modèles, et les agents de la réadaptation à base communautaire qui interviennent dans des domaines comme la SR, la

réadaptation, la réponse aux urgences sanitaires, la nutrition, cellules villageoises de gestion des urgences obstétricales, etc.

Par, ailleurs, on note une absence d'un dispositif de surveillance permettant d'assurer une homologation et, partant, d'améliorer la qualité des services.

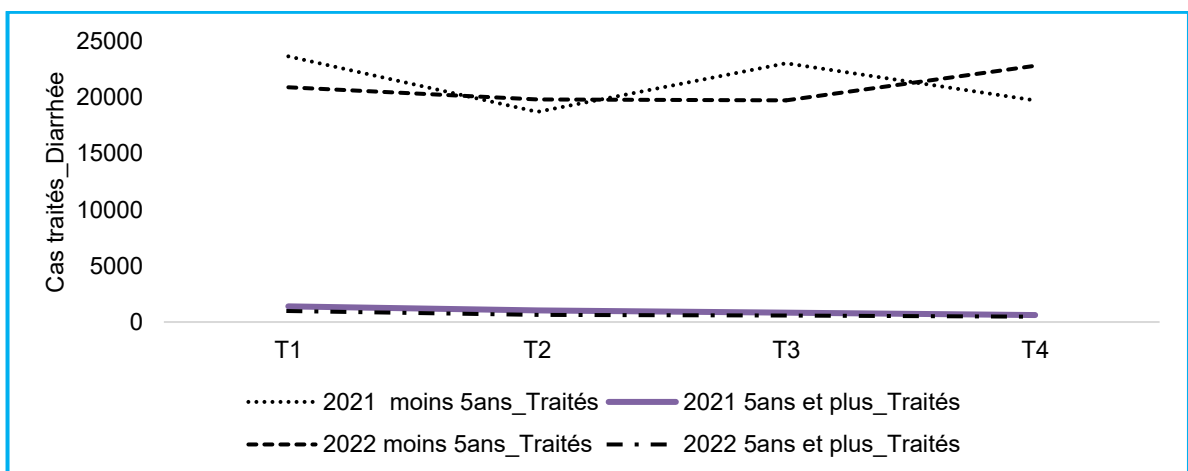
1.5.3.3. Indicateurs clés de santé communautaire

Pour le paludisme, l'évolution du nombre de cas traités est en dents de scie avec un pic au troisième trimestre. Cette tendance est observée en 2021 et 2022 montrant une explosion des cas de paludisme en saison pluvieuse. L'allure des 4 courbes est identique. Les variations ne sont pas atypiques.



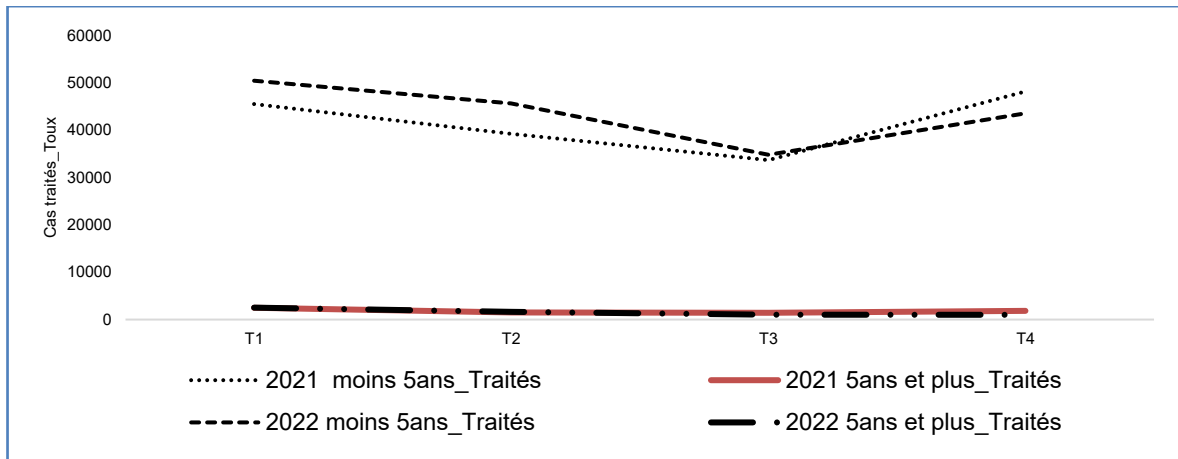
Graphique 1 : Évolution trimestrielle des cas de paludisme simple, traités aux ACT en 2021 et 2022 par les ASBC

Pour ce qui est de la diarrhée, on note une évolution en dents de scie de la courbe 2021 des moins de 5ans traités. Celle de 2022 de la même cible est constante jusqu'au T3 où elle a grimpé. Les courbes des cas traités chez les enfants de 5 ans et plus sont des lignes droites pour les deux années.



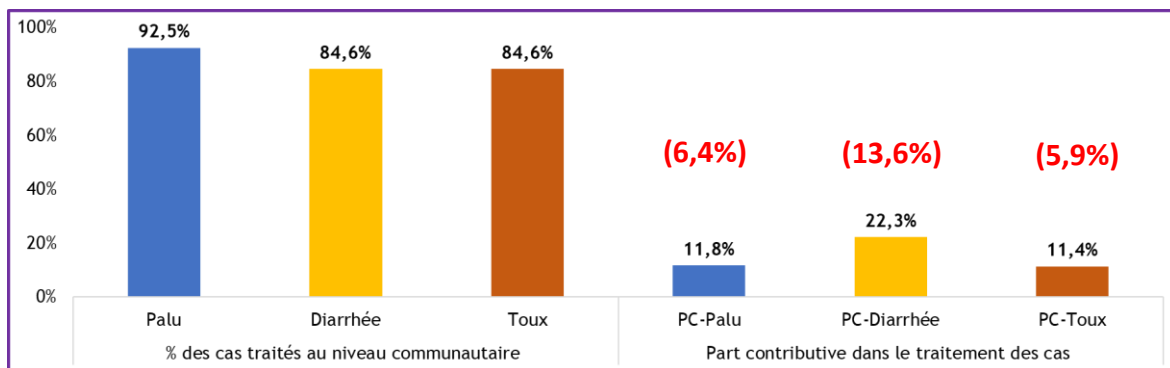
Graphique 2: Évolution trimestrielle des cas de diarrhée traités au SRO+Zinc en 2021 et 2022 par les ASBC

Concernant la toux/pneumonie, on enregistre une évolution en dents de scie de la courbe 2021 chez les moins de 5 ans traités. Celle de 2022 de la même cible est constante jusqu'au T3 où elle a grimpé. Les courbes des cas traités chez les enfants de 5 ans et plus sont des lignes droites pour les deux années.



Graphique 3 : Évolution trimestrielle des cas de toux/pneumonie traités à l'amoxicilline dispersible en 2021 et 2022 par les ASBC

Les proportions des cas traités au niveau communautaire ne connaissent pas trop de modification même si on retire les six (6) régions ¹⁷non PCIME-effective. La Part contributive attendue des ASBC dans le traitement des cas est de 30%. Au niveau national, c'est la part contributive dans la prise en charge de la diarrhée qui se rapproche de l'objectif. Comparées aux valeurs de S1-2022, on note une nette amélioration dans la prise en charge des trois maladies.



Graphique 4 : Proportion des cas traités et la Part contributive des ASBC dans le traitement des cas en fonction des maladies, chez les moins de 5 ans, à S1-2023 au niveau des régions PCIME-effective

Pour ce qui concerne l'IEC, la tendance des indicateurs est à la hausse. Plus de 13,5 millions de personnes ont été touchées par la causerie et la VAD en 2023.

¹⁷ Centre, Hauts bassins, Cascades, Sud-ouest, centre-Est, Centre-Ouest

Relativement à la recherche des perdus de vue et des absents au traitement, la proportion des enfants de 0 à 11 mois perdus de vue retrouvés a évolué à la baisse au cours des trois années. Par contre on note une augmentation de la proportion des personnes absentes au traitement VIH retrouvées.

En dehors des nouveaux cas de MAS, tous les indicateurs de dépistage de la malnutrition ont connu une augmentation au fil des années.

Tableau V : Évolution des indicateurs IEC, de recherche de perdus de vue et de dépistage de la malnutrition au niveau communautaire, de 2021 à 2023.

Information-Éducation-Communication			
Items	2021	2022	2023
Nombre de causeries éducatives réalisées par les ASBC et les OBC	882 956	645 633	734 267
Nombre de visites à domicile réalisées par les ASBC et les OBC	282 354	292 444	473 084
Nombre de personnes touchées par les causeries et les VAD réalisées	12 942 221	13 065 888	13 506 461
Recherche des perdus de vue et des absents au traitement par les ASBC et les OBC			
Items	2021	2022	2023
Proportion des enfants de 15-18 mois perdus de vue retrouvés pour le RR2 par les ASBC (%)	78,9	79,5	79,5
Proportion des enfants de 0 -11 mois perdus de vue retrouvés par les ASBC (%)	86,9	81,1	83,2
Proportion des personnes absentes au traitement VIH retrouvées par les OBC (%)	81,9	87,4	93,1
Proportion des patients tuberculeux absents au traitement retrouvés par les OBC (%)	81,6	77,0	82,6
Dépistage de la malnutrition par les ASBC			
Items	2021	2022	2023
Nombre d'anciens cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) dépistés	38 031	44 105	59 584
Nombre de nouveaux cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) dépistés	34 768	26 560	32 955
Nombre d'anciens cas de malnutrition aiguë modérée (MAM) dépistés	92 958	109 579	145 361
Nombre de nouveaux cas de malnutrition aiguë modérée (MAM) dépistés	64 812	65 759	76 925

1.5.3.4. Sous-système d'information à assise communautaire

Il fait partie des six sous-systèmes ou composantes du système national d'information sanitaire (SNIS). Dans le domaine de l'information sanitaire, le paramétrage de la plateforme de l'entrepôt des données sanitaires Endos-BF (DHIS2) prend en compte les données de la santé communautaire à travers le rapport mensuel d'activités communautaires. En vue d'une meilleure prise en charge des cas au niveau communautaire, le ministère de la Santé et de l'hygiène publique (MSHP) a opté pour la digitalisation intégrale de la santé communautaire qui vise l'amélioration de la qualité des services, de la collecte de données et de la gestion des acteurs communautaires. L'application eSanteCoM, dont la phase pilote est en cours dans 12 districts sanitaires, devrait connaître une extension à l'ensemble du pays après une évaluation concluante.

Les informations sur les interventions préventives, la surveillance entomologique, la gestion des stocks de produits et la surveillance épidémiologique hebdomadaire sont collectées parallèlement aux informations mensuelles sur les cas de routine dans des systèmes d'information non intégrés et gérés de manière indépendante.

Au niveau communautaire, les ASBC soumettent leur rapport mensuel d'activités communautaires aux Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et aux CM auxquels ils sont rattachés en utilisant un système de registre sur papier.

Ce rapport comprend des données administratives et cliniques qui résument ce qui a été accompli au cours du mois. Les responsables des CSPS/CM compilent les données des ASBC dans un rapport mensuel soumis au district sous forme de papier. Les données sont par la suite saisies dans Endos-BF par les CISSE des districts pour être utilisées à tous les niveaux. La saisie des RMA dans Endos-BF par les ICP a été initiée dans 18 districts sanitaires sur les 70 que compte le pays.

Pour la production des données, chaque OBC ayant un contrat avec le MSHP pour la mise en œuvre des activités, dispose d'un compte d'accès à la base de données Endos-BF. Les rapports mensuels sont saisis directement par le chargé de suivi/évaluation de l'OBC. Un contrôle de la qualité des données est assuré par les superviseurs régionaux.

1.5.3.5. Numérisation des interventions de santé communautaire

Le MSHP dispose d'une application d'aide à la réalisation des activités des ASBC dénommée eSanteCoM, d'une plateforme de gestion des ASBC (PGA) et d'une application de gestion des terminaux (MDM). Cependant, ces outils numériques n'intègrent pas les OBC et d'autres acteurs communautaires.

Le ministère s'est également doté des Masters Facility List qui sont des répertoires électroniques des structures de santé et de leurs caractéristiques. Toutefois, ils ne sont pas encore étendus aux postes de santé communautaire. Toutes les applications utilisées au niveau des districts requièrent des sources d'énergie, de la connectivité,

du matériel et des équipements numériques et tels que les ordinateurs, les tablettes, les Power Banks, etc. qui ne sont pas toujours disponibles.

Au regard de la multitude d'applications et de plateformes (eSanteCoM, PGA, HeRAMS, Endos-BF, Cartographie des ressources, etc.), il est utile d'assurer une interopérabilité afin de faciliter la communication des données. Le fonctionnement optimal de ces outils numériques nécessite une capacité de stockage et d'hébergement des données qui reste encore faible au sein du ministère en charge de la santé. Même si, pour l'instant, des tableaux de bord sont fragmentés liés à leurs plateformes, l'interopérabilité permettra la mise en place des tableaux de bord intégrés afin de faciliter la prise de décision.

Les politiques et stratégies successives de déploiement de la santé communautaire au Burkina Faso, dont la SNSC 2019-2023 ont permis de déployer des acteurs de santé communautaire dans 95% des villages administratifs du Burkina Faso. Aussi, par l'action des organisations et acteurs de santé communautaire ailleurs, plusieurs interventions ont été offertes aux populations. On peut, entre autres, citer :

- la contribution des OBC, qui a permis d'élargir la gamme des prestations de santé communautaire (Suivi à domicile de l'utilisation de MILDA, dépistage VIH, dépistage TB, diabète et HTA ...) en assurant une complémentarité des paquets d'activités communautaires ;
- la mise en œuvre d'approches innovantes (vaccination par les ASBC, accouchement hygiénique entre autres) a permis de renforcer la résilience du système de santé dans les zones à défi sécuritaire ;
- le renforcement de la veille communautaire.

Malgré ces acquis, le bilan des initiatives de santé communautaire mises en œuvre on a relevé des insuffisances qui sont :absence d'un cadre réglementaire de la santé communautaire notamment un statut en vue de valoriser le statut d'ASBC et les autres acteurs communautaires pour améliorer leur efficacité et renforcer leurs relations avec le système national de santé ; la non disponibilité des intrants au dernier kilomètre et la faible implication des organisations spécifiques, dont celles des personnes handicapées.

1.6. FORCES ET FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES

L'Analyse FFOM des soins communautaires, jointe en annexe, résume les différents constats qui ont abouti à l'identification et à la formulation des problèmes.

Tableau VI : Analyse FFOM pour la santé communautaire (cf. annexe)

1.7. DÉFIS MAJEURS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Les grands défis résultant du regroupement des problèmes peuvent s'énoncer en huit (8) points.

i. Amélioration de l'accès des services de santé à base communautaire pour toutes les couches de la population

L'amélioration de l'accès aux services de santé à base communautaire passe par :

- le renforcement de l'accessibilité géographique et physique à travers un bon maillage du territoire national en infrastructures et en prestataires de services de santé communautaires ;
- l'amélioration de l'accessibilité financière ;
- la réduction des barrières socioculturelles.

ii. Amélioration de la qualité des prestations préventives, promotionnelles, curatives et de soutien au niveau communautaire

L'amélioration de la qualité des prestations de santé communautaire repose sur :

- la définition des normes et protocoles de prestations de services ;
- la disponibilité de ressources humaines compétentes et motivées ;
- la disponibilité des intrants et des équipements biomédicaux ;
- le renforcement du suivi des prestations.

iii. Renforcement de la numérisation des prestations de santé communautaire

Ce défi peut être relevé à travers :

- l'adoption de textes réglementaires sur la santé numérique prenant en compte la santé communautaire ;
- le renforcement des compétences et de la motivation des acteurs dans la mise en œuvre de la numérisation intégrale ;
- l'interopérabilité entre les différentes plateformes numériques ;
- la mise en place d'outils numériques pour les OBC et les autres acteurs communautaires
- l'équipement, la maintenance et la sécurisation des équipements informatiques.

iv. Amélioration de la coordination des interventions de santé à base communautaire

L'atteinte des objectifs de santé communautaire passe entre autres par une bonne coordination des interventions de santé à base communautaire :

- la cartographie des acteurs et des interventions de santé communautaire ;
- la capitalisation des interventions de santé communautaire ;
- l'harmonisation des messages entre les différents acteurs ;
- la tenue régulière des instances de coordination à tous les niveaux ;
- l'implication de toutes les parties prenantes notamment les leaders communautaires, les PTF et les acteurs institutionnels, y compris les personnes handicapées dans la mise en œuvre des interventions ;

- l'appropriation des acteurs institutionnels dans la mise en œuvre des interventions ;
- l'implication des communautés dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions à base communautaire ;
- le renforcement des mécanismes de redevabilité.

v. Renforcement de la production et de la gestion des données communautaires

Le renforcement de la production et la gestion des données communautaires passent par :

- la prise en compte de certains événements de santé dans la collecte des données communautaires ;
- l'amélioration de la qualité des données ;
- la production et la mise à disposition des supports de collecte de données en quantité suffisante ;
- la transmission régulière des données communautaires au niveau CSPS ;
- le développement de la recherche en matière de santé communautaire.

vi. Renforcement de la capitalisation des innovations en santé communautaire

Pour une bonne appropriation, pérennisation et évaluation des initiatives par les acteurs, il faut capitaliser les interventions. Cette capitalisation nécessite :

- l'amélioration du fonctionnement des organes de décision au niveau des districts sanitaires ;
- l'expérimentation et documentation des approches innovantes de santé communautaire ;
- la diffusion des meilleures pratiques.

vii. Renforcement du partenariat et de la mobilisation des ressources financières pour la santé communautaire

Le financement de la santé communautaire provient pour une bonne partie budget de l'État et des partenaires financiers.. Pour une meilleure mobilisation des ressources, il faut :

- une diversification du partenariat pour le renforcement du financement ;
- le développement de partenariat stratégique de qualité ;
- le renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes et externes ;
- le renforcement de la mobilisation des ressources endogènes ;
- le renforcement de la transparence dans la gestion des ressources mobilisées ;
- la mise en place d'un mécanisme de suivi du respect des engagements.

viii. Renforcement de la gestion des ressources humaines en santé communautaire.

Un certain nombre de points relatifs à la gestion et aux activités des prestataires de santé communautaire ne sont pas clarifiés ou pris en compte. Pour une meilleure gestion des ressources humaines en santé communautaire, il faut :

- la réalisation de l'évaluation de la performance des prestataires de service de santé communautaire ;
- le recrutement des ressources humaines selon le profil et le besoin ;
- le respect du paquet d'activités de l'agent de santé communautaire (ASC) ;
- l'élaboration des textes d'encadrement de la promotion professionnelle et des activités des prestataires communautaires y compris un référentiel des coûts.

PARTIE II. ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE

2.1. FONDEMENTS

La Stratégie nationale de santé communautaire (SNSC) du Burkina Faso repose sur le principe du droit à la santé de la population, consacré par l'article 25, alinéa 1, de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

Au niveau international, la SNSC se fonde principalement sur : (i) les Pactes internationaux relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels ; (ii) Le Pacte international relatif aux droits civiques et politiques ; (iii) la déclaration de Beijing sur les droits des femmes (iv) les déclarations d'Alma-Ata, de Ouagadougou et d'Astana sur les soins de santé primaires ; (v) les objectifs de développement durable.

Au niveau régional, la Stratégie s'inspire : (i) de l'Initiative de Bamako pour le renforcement des soins de santé (ii) du Plan d'action de Maputo 2016-2030 ; (iii) de la Déclaration des chefs d'États et de gouvernements de l'Union Africaine : « créer une dynamique pour la reprise de la vaccination de routine en Afrique » (iv) et de l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique, (v) de la déclaration de Cotonou sur le renforcement de la santé communautaire dans le cadre des soins de santé primaires (vi) la déclaration des chefs d'États de l'Union Africaine pour le déploiement des travailleurs de santé communautaires (vii) l'appel à l'action de Monrovia en 2023 sur l'institutionnalisation du programme de santé communautaire.

Au niveau national, la SNSC 2024-2028 tire ses fondements :

- de la Politique sectorielle Santé 2018-2027

La stratégie de santé communautaire contribue à la mise en œuvre des paragraphes 117, 118, 127 de l'axe 1 de la politique : Accès aux services de santé. Ces paragraphes visent le développement de l'offre de services de santé au niveau communautaire, l'appui et la motivation de plus de 17000 agents de santé communautaire et soulignent que les stratégies de santé communautaires doivent contribuer à l'accès équitable aux services de santé.

- du Plan national de développement sanitaire 2021-2030

La stratégie se fonde sur l'Orientation stratégique (OS) 3 : augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la Couverture sanitaire universelle (CSU). Elle s'appuie également sur l'OS 4 : adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération de la transition démographique et de l'OS 5 : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires dont l'une des actions prioritaires est de renforcer la santé communautaire dans les zones à fort défi sécuritaire.

- du Plan d'action pour la stabilisation et le développement 2023-2025

La stratégie a également pour fondement, l'OS 3.1 : Promouvoir la santé de la population et accélérer la transition démographique qui ambitionne de poursuivre la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire et de renforcer la disponibilité des services de santé communautaires.

- de la Stratégie Nationale de l'État Civil 2023-2027

La stratégie nationale de la santé communautaire s'inscrit également dans l'agenda de la SNEC. Elle contribue à la réalisation de l'OS 2.1 « Renforcer l'adhésion des populations aux services de l'état civil et le niveau d'engagement des décideurs » de l'axe 2 « Renforcement de la communication et production des statistiques de l'état civil » à travers l'EA 1 « L'adhésion des populations aux services d'état civil s'est améliorée ». En plus elle contribue à l'atteinte de l'OS 2.2 « améliorer le système de production et de diffusion des statistiques de l'état civil » à travers les EA 2.2.1 « Le système de collecte des données statistiques est renforcé » et EA 2.2.2 « La production des statistiques de l'état civil est régulière et exhaustive ».

2.2. VISION

La vision de la stratégie nationale de santé communautaire 2024-2028 s'inscrit dans celle du PNDS et se décline comme suit : « un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers des interventions de santé à base communautaire accessibles, performantes et résilientes constituant le socle de la marche vers la couverture sanitaire universelle ».

2.3. PRINCIPES

Les valeurs qui sous-tendent la mise en œuvre de la SNSC sont : le genre et équité, la redevabilité, la responsabilité et le respect des droits humains.

- ***Équité et genre***

L'équité est le processus d'attribution équitable des ressources, des programmes et des décisions sans aucune discrimination. L'équité vise à corriger les déséquilibres existants et à garantir que chacun bénéficie d'un traitement adapté à ses besoins spécifiques. Elle prend en compte les besoins des groupes spécifiques et des personnes vulnérables.

La prise en compte de la dimension « genre » au niveau des acteurs communautaires vise à réduire les disparités entre hommes et femmes, à minimiser les stéréotypes et à garantir plus d'efficacité dans la réponse aux besoins des communautés.

- ***Participation communautaire***

Les hommes et les femmes doivent tous pouvoir exprimer leur avis dans la prise de décisions pour la santé communautaire. Tous les membres de la communauté y compris les groupes spécifiques doivent pouvoir prendre part à l'identification des

problèmes de santé de la communauté, rechercher les solutions et évaluer les résultats.

- ***Redevabilité***

Elle se traduit par la transparence et la reddition des comptes dans la mise en œuvre de la SNSC. Elle permet d'instaurer un climat de confiance et garantit la pleine participation des acteurs à la réalisation des objectifs définis.

- ***Responsabilité***

C'est la mission ou attribution des titulaires de charges publiques ou privées dans la mise en œuvre d'une fonction déterminée en vue d'en assurer et d'assumer le leadership pour l'atteinte d'un résultat prédéfini.

- ***Respect des droits humains***

Les droits de l'homme sont des normes qui reconnaissent et protègent la dignité de tous les êtres humains. Ils régissent la façon dont vivent en société les uns avec les autres ainsi que la relation qui lie les individus aux gouvernements et les obligations des gouvernements envers eux. La mise en œuvre de la SNSC veillera à garantir le respect des droits des personnes impliquées à quelque niveau que ce soit.

2.4. RÈGLES

- ***Participation communautaire***

Les hommes et les femmes doivent tous pouvoir exprimer leur avis dans la prise de décisions pour la santé communautaire. Tous les membres de la communauté y compris les groupes spécifiques doivent pouvoir prendre part à l'identification des problèmes de santé de la communauté, rechercher les solutions et évaluer les résultats.

- ***Gestion axée sur les résultats***

L'importance de la prise en compte des principes de bonne gouvernance dans la mise en œuvre des actions de développement commande que la stratégie s'appuie sur la Gestion axée sur les résultats (GAR). En effet, la GAR est une approche de gestion qui met l'accent sur l'atteinte de résultats préalablement définis. Cette approche requiert la transparence, la reddition des comptes et la participation effective des acteurs à la réalisation des objectifs définis.

- ***Transparence***

Les processus, les institutions et les informations doivent être directement accessibles aux personnes et entités concernées, et suffisamment de données doivent être disponibles pour comprendre et surveiller les questions d'ordre sanitaire.

- ***Réactivité***

La mobilisation des ressources doit être adéquate à tous les niveaux pour répondre dans des délais raisonnables aux besoins en matière de santé.

- ***Proximité des services de santé avec les populations***

Elle consistera à réduire au maximum le rayon moyen d'accès des populations aux services de santé préventifs, promotionnels, curatifs et de soutien de base.

- ***Mobilisation endogène des ressources***

La levée des fonds propres et le financement des activités de santé communautaire sont à la fois un gage de pérennité et d'adhésion à la santé communautaire. Ceci est possible lorsque les communautés perçoivent à quoi a servi leur argent, elles sont prêtes à contribuer.

- ***Pérennité/durabilité***

Afin de garantir la pérennité des interventions de santé communautaire, un accent sera mis sur la sensibilisation des communautés mais aussi et surtout la mobilisation des ressources endogènes pour soutenir la mise en œuvre des activités de santé communautaire.

2.5. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

2.5.1. Objectif global et impacts attendus

Pour concrétiser la vision, l'objectif global visé est d'améliorer les interventions de santé communautaire pour l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle.

Au regard de l'objectif global, l'impact attendu est : l'état de santé des populations est amélioré à travers la participation active des communautés. Cette amélioration se traduit par l'évolution des indicateurs de la manière suivante : (i) le ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes de 222,9 en 2019 à 213,95 en 2028¹⁸ ; (ii) le taux de mortalité infantile de 87,3‰ à 45,92‰ en 2028 ; (iii) l'indice synthétique de fécondité de 5,4 en 2019 à 3,07 en 2028.

2.5.2. Axes stratégiques, objectifs stratégiques et effets attendus

Pour relever les défis découlant de l'analyse diagnostique de la situation de la santé communautaire au Burkina Faso, des axes, des objectifs stratégiques et des effets attendus ont été définis. Conformément aux défis identifiés, quatre (4) axes ont été formulés : (i) renforcement de la gouvernance de la santé communautaire (ii) renforcement de l'accès des populations aux services de santé communautaire (iii) renforcement de l'offre et de l'utilisation des services de santé communautaire (iv) accélération de la numérisation intégrale des interventions de santé communautaire.

¹⁸ RGPH 2019 et projection des données de 2021 à 2030.

❖ **Axe 1. Renforcement de la gouvernance de la santé communautaire**

L'axe 1 comporte deux (2) objectifs stratégiques déclinés en six (6) effets attendus.

▪ **Objectif stratégique (OS 1.1) : Améliorer le pilotage des interventions à base communautaire**

Quatre (4) Effets attendus (EA) concourent à l'atteinte de cet objectif. Ce sont : (i) Le cadre juridique et les référentiels techniques en matière de santé communautaire sont renforcés ; (ii) La collaboration intra et inter sectorielle et la coordination des interventions à base communautaire sont efficaces ; (iii) La planification, le suivi, l'évaluation et la capitalisation dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire ; (iv) La mobilisation et la gestion des ressources financières sont performantes.

EA.1.1.1 : Le cadre juridique et les référentiels techniques en matière de santé communautaire sont renforcés.

Pour la réalisation de cet effet, il est nécessaire que soient portés, (i) la proportion de textes réglementaires adoptés pour l'encadrement de la santé communautaire à 80% et (ii) la proportion de référentiels techniques de la santé communautaire élaborés et à jour 100%.

Les principales actions qui concourent à l'effet sont : (i) Renforcement du cadre juridique de la santé communautaire ; (ii) Développement des référentiels techniques de la santé communautaire.

EA.1.1.2 : La collaboration intra et inter sectorielle et la coordination des interventions à base communautaire sont efficaces

Pour l'atteinte de l'effet, les indicateurs suivants doivent être améliorés : (i) Proportion des formations sanitaires disposant d'un organe de gestion participatif État-communauté-collectivité à 80 % (ii) Proportion de cadres de concertation multipartite régulièrement tenus sur la santé communautaire à 100% et (iii) Proportion de recommandations issues des cadres de concertation mises en œuvre est à 85%.

Les actions prévues dans le cadre de la réalisation de cet effet sont : (i) Renforcement du fonctionnement des cadres de concertation sur la santé communautaire ; (ii) Harmonisation des interventions de santé communautaire à tous les niveaux ; (iii) Communication en appui à la mise en œuvre de la stratégie ; (iv) Renforcement de la veille citoyenne en santé communautaire et (v) Renforcement des capacités opérationnelles des structures de mise en œuvre de la stratégie.

EA.1.1.3 : La planification, le suivi, l'évaluation et la capitalisation dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire.

Afin d'obtenir la réalisation de cet effet, il est nécessaire d'optimiser les indicateurs suivants : (i) Proportion de rapports de performance semestriels nationaux élaborés et diffusés sur la santé communautaire dans les délais est à 100% ; (ii) Proportion de recommandations issues de la recherche ciblée mises en œuvre en matière de santé communautaire est portée à 100%.

Les principales actions qui concourent à l'effet sont : (i) Renforcement de la planification et du suivi-évaluation des interventions en santé communautaire ; (ii) Renforcement du sous-système d'information sanitaire à assise communautaire ; (iii) Renforcement de la capitalisation des interventions de santé communautaire ; (iv) Développement de la recherche dans le domaine de la santé communautaire.

EA.1.1.4 : La mobilisation et la gestion des ressources financières sont performantes

Pour la réalisation de l'effet, l'amélioration des indicateurs ci-dessous est indispensable : (i) le taux de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des interventions de santé communautaire est à 100% ; (ii) la proportion des ressources mobilisées via les mécanismes innovants pour le financement des interventions de santé communautaire est à 40% et (iii) le taux d'évolution de l'allocation des ressources financières pour la santé communautaire est porté à 98%.

Les principales actions qui seront mises en œuvre pour la réalisation de l'effet sont : (i) Renforcement de l'approche classique de mobilisation des ressources financières ; (ii) Mise en place de mécanismes innovants de financements ; (iii) Renforcement de la gestion des ressources financières.

▪ Objectif stratégique (OS 1.2) Promouvoir le genre et équité en matière de santé communautaire

Deux (2) effets attendus permettront d'atteindre de cet objectif stratégique. Il s'agit de : (i) l'approche genre est intégrée aux interventions de santé communautaire et (ii) l'équité en matière de santé communautaire est promue.

EA 1.2.1 : L'approche genre est intégrée aux interventions de santé communautaire.

Pour la réalisation de cet effet, il est nécessaire d'assurer la progression des indicateurs suivants à 50% : (i) Taux de présence des femmes dans les organes consultatifs et de prise de décision en matière de santé communautaire ; (ii) Proportion des femmes parmi les ASBC, les

Animateurs OBC, les VN-ASBC et les Acteurs Communautaires-Croix-Rouge.

Pour l'atteinte de cet effet, les principales actions qui seront développées sont : (i) Renforcement de l'implication des femmes dans la mise en œuvre des IBC et (ii) Accroissement de la représentativité des femmes dans la prise de décision.

EA.1.2.2 : L'équité en matière de santé communautaire est promue

En vue de l'atteinte de l'effet, il est utile d'optimiser les indicateurs suivants : (i) le taux d'accès équitables aux services de santé à base communautaire pour tous les membres de la communauté est à 80% ; (ii) le taux d'accès des groupes vulnérables aux services de santé à base communautaire est de 100% ; (iii) le taux de présence des personnes handicapées dans les organes consultatifs et de prise de décision en matière de santé communautaire est de 10%.

Les actions qui seront réalisées en vue de l'atteinte de l'effet sont : (i) Renforcement de l'accès équitable des populations aux interventions de la santé communautaire et (ii) Renforcement de la représentativité des jeunes et des personnes handicapées dans la prise de décision.

❖ Axe 2. Renforcement de l'accès des populations aux services de santé communautaire.

L'axe 2 comporte deux objectifs stratégiques et trois (3) effets. Les objectifs stratégiques sont : (i) Accroître l'accessibilité physique et géographique des services de santé communautaires à toute la population et (ii) Améliorer l'accessibilité financière et l'acceptabilité socio-culturelle des services de santé communautaires.

▪ Objectif stratégique (OS 2.1) : Accroître l'accessibilité physique et géographique des services de santé communautaires à toute la population

Un seul effet concourt à la réalisation de l'objectif : Les services de santé communautaires sont proches des populations.

EA 2.1.1: Les services de santé communautaires sont proches des populations

L'atteinte de cet effet requiert l'amélioration des indicateurs ci-dessous : (i) Taux de couverture des villages administratifs en ASBC selon les normes est passé de 95% à 100% ; (ii) Proportion de villages éligibles couverts en Postes de santé communautaires de 0,3% à 10% ; (iii) Proportion des clubs de santé communautaire fonctionnels est passée de 8% à 100%.

Les principales actions sont : (i) Renforcement de la couverture des villages/secteurs en acteurs communautaires et (ii) Accroissement des infrastructures de santé communautaire adaptées.

▪ **Objectif stratégique (OS 2.2) : Améliorer l'accessibilité financière et l'acceptabilité socio-culturelle des services de santé communautaires**

Deux effets contribuent à l'atteinte de l'objectif : (i) Les populations bénéficient effectivement des services de santé communautaires sans risque financier et (ii) Les communautés acceptent les services de santé communautaires mis en place.

EA 2.2.1 : Les populations bénéficient effectivement des services de santé communautaires à des coûts réduits

L'atteinte de l'effet désiré repose sur l'évolution des indicateurs comme suit : (i) le taux d'adhésion des ménages aux mutuelles de santé a atteint 90% ; (ii) la proportion des dépenses courantes de santé réalisées par les ménages est passée de 35 à 34%.

Les actions qui seront nécessaires sont : (i) Réduction des coûts de prestation de services de santé communautaire et (ii) Mise en place de système de partage des coûts.

EA 2.2.2 : Les communautés acceptent les services de santé communautaires mis en place

Pour l'atteinte de cet effet, les indicateurs qui doivent connaître une progression pour atteindre 100% sont : (i) Le taux d'acceptation des services de santé communautaire et (ii) Le taux d'adhésion des populations aux approches novatrices de santé communautaire.

La principale action qui permettra la réalisation de l'effet est le Renforcement de comportements favorables à la santé communautaire.

❖ **Axe-3 : renforcement de l'offre et de l'utilisation des services de santé communautaire**

Pour cet axe, trois objectifs stratégiques ont été identifiés : (i) Renforcer les capacités techniques et fonctionnelles des prestataires des services de santé communautaires ; (ii) Accroître l'offre de services de santé communautaire de qualité et (iii) Renforcer l'engagement communautaire.

▪ **Objectif stratégique (OS 3.1) : Renforcer les capacités techniques et fonctionnelles des prestataires des services de santé communautaires**

Deux effets attendus concourent à l'atteinte de l'objectif stratégique 3.1 : (i) Les ressources humaines en santé communautaire sont compétentes ; (ii) Les ressources matérielles répondant aux normes de qualité sont disponibles.

EA. 3.1.1 : Les ressources humaines en santé communautaire sont compétentes

La concrétisation de cet effet exige i) le maintien à 100% du niveau de la proportion des acteurs communautaires formés sur le paquet de services de santé communautaire selon les normes au cours de 3 dernières années et iii) l'accroissement de la proportion des acteurs communautaires recevant l'intégralité de leur motivation dans les délais de 95 à 100%.

Les actions qui concourent à l'effet sont : (i) Renforcement des compétences des ressources humaines en santé communautaire et (ii) Renforcement de la motivation des acteurs communautaires.

EA. 3.1.2 : Les ressources matérielles répondant aux normes de qualité sont disponibles

L'atteinte de cet effet repose sur l'amélioration des indicateurs ci-dessous : (i) Proportion de prestataires de service de santé communautaire disposant de kits IEC augmente de 80 à 100% ; (ii) Proportion des prestataires de service de santé communautaire disposant de kits de PEC de 80 à 100% ; (iii) Proportion des prestataires de service de santé communautaire disposant de kits numériques est augmentée de 24 à 100%.

La principale action qui permettra la réalisation de l'effet est le renforcement des équipements/matériels des acteurs communautaires.

▪ Objectif stratégique (OS 3.2) Accroître l'offre des services de santé communautaire de qualité

Trois (3) effets attendus contribuent à l'atteinte de l'objectif 3.2 (i) Les populations bénéficient des prestations de services préventifs, promotionnels et curatifs de santé communautaire ; (ii) Les populations bénéficient d'un paquet complet de prestations de services de santé communautaire en situation de crise et (iii) Les approches innovantes en santé communautaire sont mises en œuvre.

EA 3.2.1 Les populations bénéficient des prestations de services préventifs, promotionnels et curatifs de santé communautaire

Pour atteindre cet effet, le niveau des indicateurs suivants doit être relevé: (i) le taux de satisfaction des populations bénéficiant des prestations de services de santé communautaire a atteint 85% ; (ii) la part contributive des ASBC dans le traitement aux ACT des cas de paludisme simple confirmé chez les moins de 5 ans est passée de 6,4% à 30%; (iii) la part contributive des ASBC dans le traitement de la diarrhée chez les moins de 5 ans est portée de 13,6% à 30% et (iv) la part contributive des ASBC dans le traitement de la pneumonie est passée de 5,9% à 30%.

Les actions qui seront menées pour la réalisation de l'effet sont : (i) Renforcement des services promotionnels de santé communautaire ; (ii) Renforcement des services préventifs de santé communautaire ; (iii) Renforcement des prestations de services curatifs de santé communautaire et (iv) Renforcement des "activités de soutien" de santé communautaires

EA 3.2.2: : Les populations bénéficient d'un paquet complet de prestations de services de santé communautaire en situation de crise

La réalisation de l'effet repose sur le relèvement du niveau des indicateurs suivants à 90% : (i) Taux de réalisation du paquet d'activités en situation de crise ; (ii) Taux de couverture des zones cibles par le paquet en situation de crise.

Les actions prévues dans le cadre de la réalisation de l'effet sont : (i) Renforcement de la disponibilité des intrants de prise en charge des cas au niveau communautaire en zones de crise et (ii) Renforcement des services préventifs, promotionnels et curatifs de santé communautaire en zones de crise

EA 3.2.3 : Les approches innovantes en santé communautaire sont mises en œuvre

Afin d'atteindre cet effet, les niveaux des indicateurs ci-après doivent atteindre 85% : (i) Proportion des approches innovantes mises en œuvre dans le cadre de la santé communautaire ; (ii) Proportion des districts sanitaires couverts par la mise en œuvre des approches innovantes et (iii) Proportion des approches innovantes en santé communautaire passées à l'échelle.

Les principales actions sont : (i) Développement des approches innovantes en santé communautaire ; (ii) Passage à l'échelle des approches innovantes.

▪ **Objectif stratégique (OS 3.3) : Renforcer l'engagement communautaire**

Un effet attendu permet l'atteinte de l'objectif : (i) La participation des populations aux prestations de service de santé communautaire est accrue.

EA 3.3.1: La participation des populations aux prestations de service de santé communautaire est accrue

Pour réaliser cet effet, il est impératif de rehausser les taux des indicateurs suivants : (i) le taux de fonctionnalité des COGES a atteint 95% (ii) Proportion des CSPS ayant tenu au moins deux rencontres

trimestrielles ICP-COGES-ASBC-Animateurs est de 100% et (iii) Proportion des ménages modèles est de 30%.

Les principales actions qui concourent à l'effet sont : (i) Renforcement de la participation communautaire ; (ii) Promotion de l'auto soins ; (iii) Développement des mécanismes endogènes d'intervention en santé communautaire.

❖ **AXE-4 : Accélération de la numérisation intégrale des interventions de santé communautaire**

L'axe-4 comporte deux objectifs stratégiques qui sont : (i) Consolider les actions de numérisation des interventions de santé communautaire ; (ii) Accroître la couverture de la numérisation des interventions de santé communautaire.

▪ **Objectif stratégique (OS 4.1) : Consolider les actions de numérisation des interventions de santé communautaire**

Deux effets attendus concourent à l'atteinte de cet objectif stratégique : (i) Les outils numériques sont utilisés dans les conditions optimales par les acteurs à tous les niveaux et (ii) L'information produite par la numérisation des interventions de santé communautaire est disponible.

EA 4.1.1 : Les outils numériques sont utilisés dans les conditions optimales par les acteurs à tous les niveaux

L'atteinte de cet effet nécessite la réalisation d'une performance de 100% pour chacun des indicateurs suivants : (i) Proportion des utilisateurs d'outils numériques ciblés formés/recyclés ; (ii) Proportion des équipements numériques fonctionnels est portée ; (iii) Proportion des utilisateurs équipés en outils numériques.

Les actions nécessaires à l'accomplissement de l'effet sont : (i) Renforcement des capacités des utilisateurs des outils numériques et (ii) Amélioration de la maintenance préventive et curative des équipements numériques.

EA 4.1.2 : L'information produite par la numérisation des interventions de santé communautaire est disponible

Afin d'atteindre cet effet, les principaux indicateurs ci-dessous devront connaître une amélioration. Ce sont : (i) Taux de disponibilité des données produites par la numérisation pour le calcul des indicateurs usuels de santé communautaire est à 100% et (ii) Taux de concordance des données produite par la numérisation avec celle du SNIS classique est à 100%.

Les principales actions qui concourent à l'effet sont : (i) Amélioration de la disponibilité des données de santé communautaire de qualité, produite par la numérisation et (ii) Renforcement de la concordance des données produites par la numérisation avec celle du SNIS classique.

▪ **Objectif stratégique (OS 4.2) : Accroître la couverture de la numérisation des interventions de santé communautaire**

Un effet attendu permet la réalisation de l'objectif stratégique : Les interventions de santé communautaire sont intégralement numérisées.

EA 4.2.1: Les interventions de santé communautaire sont intégralement numérisées

Pour réaliser cet effet, le niveau des indicateurs ci-dessous devra connaître une évolution. Ce sont : (i) Proportion des paquets d'activités de la santé communautaire complètement numérisés est passée de 17% à 100% ; (ii) Proportion des districts sanitaires couverts par la numérisation en santé communautaire est portée de 17% à 100% et (iii) Proportion de prestataires services de santé communautaire utilisant eSanteCom est passée de 24% à 100%.

Les principales actions qui seront menées sont : (i) Actualisation continue de la cartographie numérique des ressources en santé communautaire ; (ii) Mutualisation des approches de numérisation de la santé communautaire ; (iii) Extension du système numérique intégré de gestion de la santé communautaire au plan national.

2.5.3. Tableau de cohérence

Ce tableau, dont le titre est mentionné ci-dessous, renvoyé en annexe du document, montre la cohérence interne entre l'objectif global, l'impact attendu, les axes d'intervention, les objectifs stratégiques et les effets attendus. Par ailleurs, il fait un arrimage avec le PNDS 2021-2030.

Tableau VII : Cohérence interne entre l'objectif global, l'impact attendu, les axes d'intervention, les objectifs stratégiques et les effets attendus. (Cf. annexe)

2.5.4. Théorie du changement

La théorie du changement que fait sienne la Stratégie nationale de santé communautaire est inspirée de celle des soins primaires proposés conjointement par l'OMS et l'UNICEF en 2021, à travers le document intitulé « Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action ».

Ce cadre va du postulat que les approches de soins de santé primaires à implémenter au niveau communautaire devraient intégrer les services de santé offerts, en visant

une autonomisation des communautés, le tout soutenu par des politiques et des actions multisectorielles. Il s'agit des trois composantes des soins de santé primaires.

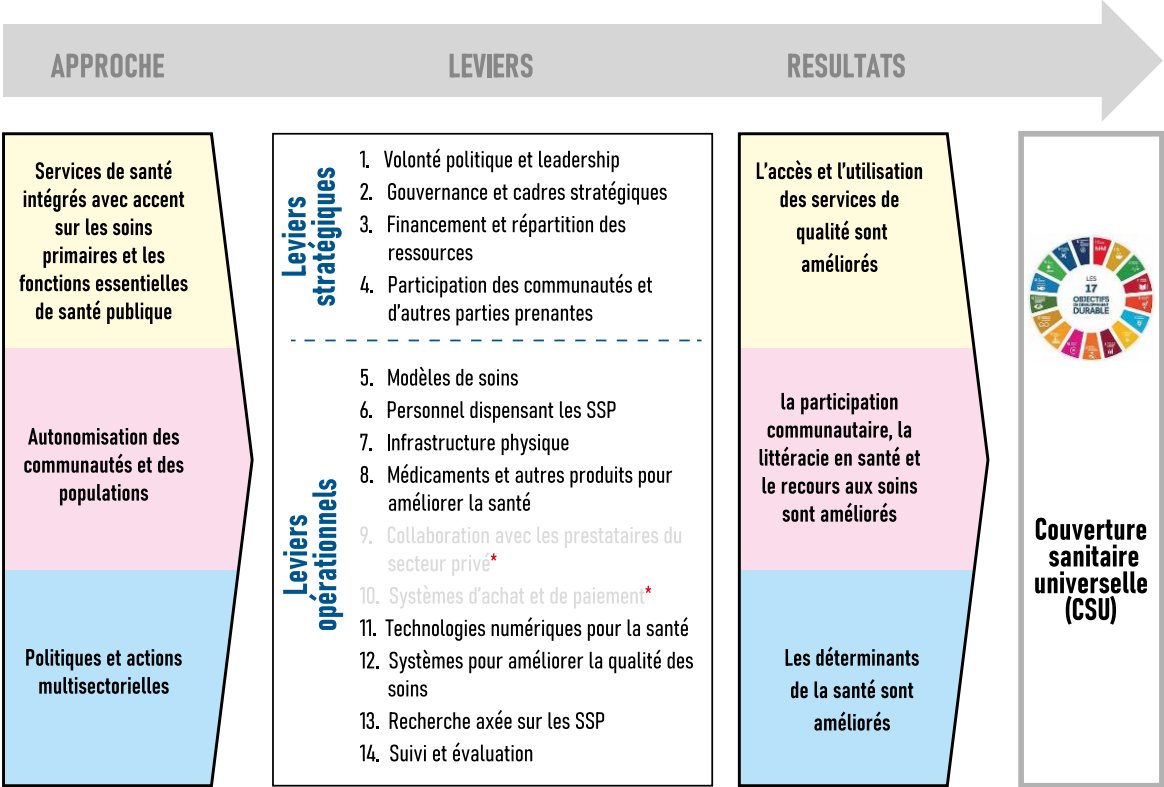
Lorsque les approches présentent ces caractéristiques, leur mise en œuvre réussie requiert l'actionnement de quatre (4) leviers stratégiques et de neuf (9) leviers opérationnels.

À l'échelle plus large, les leviers actionnés produisent des résultats en lien avec l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de qualité, le renforcement de la participation communautaire, la littéracie en santé et le recours aux soins et l'amélioration des déterminants de la santé.

In fine, tous ces résultats concourent à la réalisation des objectifs du développement durable (ODD) et à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle.

La présente stratégie, en raison d'une non applicabilité, n'a pas suffisamment analysé deux leviers relatifs à la collaboration avec les prestataires du secteur privé de santé pour la mise en œuvre des interventions communautaire et les systèmes d'achat-paiement des services au niveau communautaire. Toutefois, cette omission n'entame en rien la réalisation des résultats prévus.

Figure 1 : Schéma de la théorie du changement sous-tendant la SNSC 2024-2028



Adapté de la théorie du changement des soins primaires du « Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action » proposé par l'OMS et l'UNICEF, 2021

* Leviers non analysés dans la stratégie nationale de santé communautaire 2024-2028.

PARTIE III. DISPOSITION DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION

La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire 2024-2028 s'appuiera sur des instruments d'opérationnalisation et un dispositif institutionnel efficace de suivi-évaluation.

5.1. INSTRUMENTS DE MISE EN ŒUVRE

La SNSC 2024-2028 sera mise en œuvre à travers : (i) un plan d'action triennal glissant ; (ii) des plans annuels de travail et (iii) un plan de communication.

5.1.1. Plan d'action triennal glissant

Le plan d'action triennal glissant est le principal instrument d'opérationnalisation de la stratégie nationale de santé communautaire. Il est le cadre d'identification et d'organisation des actions prioritaires à mettre en œuvre au cours de l'année de base et des deux années suivantes.

Le plan d'action triennal glissant est élaboré en architecture budget-programme. Il intègre de ce fait les actions prioritaires prévues par les ministères impliqués, les projets et programmes, les PTF, les ONG/Associations et le secteur privé. L'atteinte des objectifs définis dans la stratégie implique la pertinence, la cohérence et la complémentarité des interventions. Ainsi, le plan d'action triennal glissant assure le lien et les synergies entre les activités définies dans les plans d'action du secteur de planification santé et les plans de travail des ministères, institutions et structures concernés par la santé communautaire.

5.1.2. Plan de travail annuel

Le Plan de travail annuel (PTA) est la tranche annuelle du Plan d'action triennal glissant. Il est un ensemble cohérent d'activités qui doivent être mises en œuvre avec les moyens fournis au cours de l'année concernée, afin d'atteindre un résultat déterminé de la Stratégie. Son élaboration est du ressort des structures de mise en œuvre de la stratégie, sous le pilotage des organes de coordination.

5.1.3. Plan de communication

Un plan de communication est élaboré et mis en œuvre en vue de renforcer la visibilité, l'appropriation de la stratégie de santé communautaire par toutes les parties prenantes et la mobilisation des ressources. Les activités de communication de ce plan susciteront l'engagement des acteurs et permettront la capitalisation des bonnes pratiques issues de la mise en œuvre de la stratégie.

5.2. ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

Plusieurs acteurs interviennent dans la mise en œuvre de la SNSC 2024-2028. Ils sont issus des structures étatiques et non étatiques.

5.2.1. Acteurs étatiques

- Le ministère en charge de la santé et les autres secteurs ministériels, conformément à leurs domaines d'attribution, intègrent dans leurs plans et programmes, les activités de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire. Ils assurent le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues du dispositif de pilotage.
- Les collectivités territoriales concourent à la mise en œuvre des orientations et directives édictées dans la stratégie. A cet effet, elles doivent entreprendre des actions entrant dans le cadre de l'amélioration de la santé des populations de leur territoire. Par ailleurs, elles devront prendre en compte dans les plans locaux de développement, les orientations de la stratégie nationale de santé communautaire.

5.2.2. Acteurs non étatiques

- Le secteur privé, les Organisations de la société civile (OSC), les ONG/Associations, les leaders d'opinion et toute autre partie prenante... contribuent à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la stratégie. Ils participent également par des apports de financements ou par la gestion de service ou de postes de santé communautaire.
- Les Partenaires techniques et financiers (PTF) accompagnent l'État et les collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire. Pour ce faire, ils participent aux revues annuelles et à mi-parcours et contribuent au renforcement des capacités des acteurs et à la mobilisation des ressources.

5.3. ORGANES ET INSTANCES DE COORDINATION DE LA STRATÉGIE

5.3.1. Au niveau national

Au niveau national, la coordination des interventions de santé communautaire est assurée par les instances des organes suivants : (i) CASEM ; (ii) Groupe thématique « 056 Santé publique » ; (iii) Équipe fonctionnelle « Santé communautaire » ; (iv) Taskforce en santé communautaire ; (v) Comité technique de coordination et du suivi de la mise en œuvre des interventions à base communautaire (IBC).

- **Conseil d'administration du secteur ministériel (CASEM)**

Le CASEM est un organe chargé du suivi du plan d'action et du plan de travail annuel du ministère. Présidée par le Ministre de la santé, cette instance sera utilisée pour présenter les résultats de la stratégie de santé communautaire. Le CASEM se tient deux fois par an.

- **Groupe Thématique « 056 Santé publique »**

La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire relève du programme budgétaire 056. Le programme budgétaire est animé par le groupe thématique. Le groupe thématique 056 définit les thématiques d'intérêt qui feront l'objet de réflexions au cours des réunions des équipes fonctionnelles. Le groupe thématique élabore trimestriellement un rapport d'activité qui va contribuer au suivi de la mise en œuvre du PNDS. Cette dialectique se fera à travers l'Équipe fonctionnelle « Santé communautaire » qui devrait être créée.

- **Équipe fonctionnelle « Santé communautaire »**

Cette Équipe fonctionnelle (EF) est chargée de mener des réflexions concernant les questions techniques spécifiques sur la santé communautaire qui serviront à alimenter les travaux du groupe thématique dont elle relève. Cette équipe, multisectorielle et pluridisciplinaire, est composée de vingt (20) membres. Elle est mise en place par arrêté du ministre en charge de la santé. Elle examine les rapports issus des sessions de la Task Force pour en faire la synthèse qui alimente le rapport technique du Groupe Thématique 056.

- **Taskforce en santé communautaire**

Cette instance est placée au niveau stratégique. La cellule de coordination est son seul organe de décision. Elle comprend des représentants de structures du ministère en charge de la santé, des points focaux des autres départements ministériels, des municipalités, de la société civile, de l'union des religieux et coutumiers, du secteur privé, de la santé et des partenaires techniques et financiers.

La Taskforce est trimestrielle et se tient après chaque session du comité IBC. Elle est composée de membres statutaires permanents dont le nombre n'excède pas vingt-cinq (25). Elle examine les rapports techniques du comité IBC et formule des recommandations. La Taskforce assure également la validation des référentiels techniques et programmatiques en matière de santé communautaire.

- **Comité technique de coordination et du suivi des IBC**

Il est chargé de la coordination et du suivi des interventions de santé à base communautaire. Il est opérationnel et se compose des parties prenantes suivantes : (i) les directions techniques du ministère en charge de la santé, les directions régionales de la santé et de l'hygiène publique ; (ii) les structures techniques des autres départements ministériels concernés, les collectivités territoriales ; (iii) les sous-secteurs privé et traditionnel de la santé ; (iv) les faitières des organisations de la société civile, les auxiliaires des pouvoirs publics et les ONG à caractère national ; (v) les universités et centres de recherche ; (vi) les partenaires techniques et financiers.

Les sessions du comité se tiennent trimestriellement et sont assorties d'un rapport technique de mise en œuvre des interventions de santé communautaire. Les

représentants des structures sont sélectionnés de manière tournante de sorte que le nombre de membres par session n'excède pas trente-cinq (35).

5.3.2. Au niveau intermédiaire

Le comité technique régional de santé (CTRS) et comité régional de suivi du PNDS constituent des organes de coordination, d'évaluation et de prise de décision en matière de santé y compris la santé communautaire.

5.3.3. Au niveau périphérique

Le conseil de santé du district sanitaire (CSD) coordonne les interventions des différents acteurs de santé communautaire au niveau périphérique et notamment dans les communes. Le comité technique de santé de district (CTSD), instance multisectorielle au niveau local, permet d'aborder des questions de santé communautaire. De plus, la rencontre ICP-ECD-COGES est un cadre de décision en matière de la santé communautaire au niveau des districts sanitaires.

Les autres organes et instances de suivi des activités communautaires au niveau périphériques sont : (i) le conseil communal qui assure la coordination et de suivi des IBC au niveau communal ; (ii) les rencontres ICP-COGES-ASBC-Animateurs, les réunions du COGES du CSPS, dont l'Assemblée générale, sont des instances qui traitent des préoccupations liées aux activités de santé communautaire; (iii) le Comité de veille et de développement qui est l'organe capable de prendre des décisions pour l'amélioration de la santé des communautés à travers des assemblées générales. Les instances de ces différents organes serviront de cadre de redevabilité. (cf. figure 2 en annexe)

5.4. INSTANCES DE PARTAGE D'EXPÉRIENCES

5.4.1. Forum national sur la santé communautaire

Il se veut un cadre qui réunit les experts nationaux dans le domaine de la santé communautaire pour le partage d'expériences, la capitalisation des meilleures pratiques et la formulation des recommandations pouvant orienter les interventions de santé communautaire.

Le forum se tient tous les deux ans. Il est composé d'un secrétariat technique du forum chargé de préparer et d'organiser les éditions. Le secrétariat technique est assuré par la direction générale de la santé et de l'hygiène publique. Un comité d'organisation du forum, multisectoriel, est mis en place.

5.4.2. Journées communautaires

C'est une instance de partages d'expériences en matière de santé communautaire, pilotée par la société civile en collaboration avec les acteurs étatiques. Elles se tiennent annuellement et accueillent des participants nationaux et internationaux.

5.5. SUIVI ET ÉVALUATION DE LA SNSC 2024-2028

Le dispositif de suivi et d'évaluation comprend le mécanisme de suivi et d'évaluation d'une part, les outils de collecte de données et le rapportage d'autre part.

5.5.1. Mécanisme de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation sont indispensables dans la mise en œuvre de la stratégie. Ils sont opérationnalisés à travers les plans annuels de travail, le cadre de suivi des performances et des indicateurs de progrès. Quant aux acteurs de suivi et évaluation, ils sont constitués de la structure centrale de coordination (la DPES), des services techniques centraux et déconcentrés de l'État, du secteur privé de santé, des ONG et associations de développement, des collectivités territoriales et des PTF. Les rôles et responsabilités des acteurs sont détaillés dans le plan de suivi-évaluation.

Le mécanisme de suivi et d'évaluation comprend :

- **les audits financiers** qui seront réalisés en fonction du volume des ressources mobilisées pour la mise en œuvre de la stratégie ;
- **la tenue des instances de coordination** qui sont décrites plus haut. En rappel, ce sont : (i) le comité IBC chargé de l'élaboration des rapports techniques trimestriels de mise en œuvre de la stratégie ; (ii) la Taskforce sur la santé communautaire qui assure la validation des référentiels techniques et programmatiques et la pré-validation des rapports techniques ; (iii) l'Équipe Fonctionnelle « Santé communautaire » et Groupe thématique « Santé publique-056 » ;
- **les revues semestrielles** de la mise en œuvre de la stratégie qui aide à déterminer si l'exécution est dans le temps prévu et si les approches sont appropriées pour parvenir aux résultats escomptés, ou si de nouvelles mesures sont nécessaires.
- **l'évaluation à mi-parcours** qui sera réalisée en 2026 afin de s'assurer que la mise en œuvre de la stratégie se déroule conformément au chronogramme et aux engagements pris par les différentes parties prenantes. Elle sera conduite par une équipe pluridisciplinaire d'experts indépendants nationaux et/ou internationaux. Elle consistera à jeter un regard rétrospectif sur les deux à trois ans de mise en œuvre de la stratégie afin d'apprécier les progrès accomplis. Elle permettra également de revoir les objectifs fixés et de les ajuster en tenant compte des capacités de mobilisation et d'absorption des ressources.
- **l'évaluation finale** qui interviendra en 2029, à la fin de la période de planification de la SNSC 2024-2028. Elle permettra de faire le bilan global de la mise en œuvre aussi bien sur le plan technique que financier. Elle permettra également d'apprécier les résultats atteints. Cette évaluation sera conduite par une équipe pluridisciplinaire indépendante d'experts nationaux et/ou

internationaux avec le concours des différentes parties prenantes dans une perspective d'adaptation des conditions et des modalités d'élaboration de la stratégie pour les prochaines années.

5.5.2. Outils de collecte des données et rapportage

Les outils de collecte des données au niveau communautaire sont :

- le registre de collecte des données de l'ASBC ou de l'animateur des OBC ;
- le registre de consultation ;
- le canevas de rapport mensuel d'activités communautaires ;
- le DHIS2, la PGA, le eSanteCom, la plateforme VN-ASBC ;
- les fiches d'enquêtes spécifiques.

La production des rapports se fait manuellement sur un support papier ou de manière numérique sur des supports digitalisés.

5.5.3. Sources et méthodes de collecte des données

❖ Sources des données

La gestion des données est essentiellement basée sur le système national d'information sanitaire (SNIS). Les principales données de santé communautaire sont les données de routine et les données des enquêtes et des études spécifiques. Elles sont collectées à partir de différents rapports et plateformes digitales :

- les rapports d'activités ;
- les bilans financiers des activités ;
- les rapports de cartographie des financements de la santé communautaire ;
- les rapports d'enquêtes ;
- les rapports d'études spécifiques et de recherche ;
- les plateformes (DHIS2, eSanteCom, PGA) ;

❖ Méthodes de collecte

Données de routine. Elles sont des données enregistrées régulièrement et systématiquement à partir des activités classiques des acteurs de la santé communautaire. Leur collecte est réalisée au niveau communautaire et compilé au niveau des formations sanitaires publiques et au niveau des mouvements associatifs.

Elle se fait sur la base des outils de collecte validés du SNIS qui sont essentiellement le rapport mensuel d'activités et le télégramme lettre officielle hebdomadaire (TLOH). Ces outils de rapportage sont renseignés à partir des opérations de dépouillement des registres de collecte.

Données d'enquêtes spécifiques. Il s'agit des résultats d'enquêtes réalisées de façon ponctuelle ou continue pour apprécier l'évolution de la situation sanitaire ou d'un phénomène, d'un évènement, d'une pratique ou d'une maladie. En plus de ces enquêtes, il y a la réalisation de certaines études spécifiques ou thématiques.

Les acteurs communautaires utilisent entre autres les données d'enquêtes nationales et d'activités spécifiques suivantes :

- enquêtes démographiques et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS) ;
- enquête sur certains indicateurs de la santé communautaire ;
- monitoring des interventions communautaires ;
- enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages (EHCVM) ;
- enquêtes dans les formations sanitaires et enquêtes ménages.

Les données sont collectées à tous les niveaux du système, principalement au niveau périphérique (district), au niveau intermédiaire (région) et au niveau central (national). La collecte des données se fait avec les outils élaborés et conformes à ceux du ministère en charge de la santé.

5.6. FINANCEMENT DE LA STRATÉGIE

La santé communautaire est une priorité du gouvernement burkinabè. Elle constitue le socle pour la promotion de la santé en vue de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Pour ce faire, son financement sera essentiellement assuré par le budget de l'État et les partenaires. Aussi les collectivités territoriales, le secteur privé et les OBC contribueront au financement de la stratégie.

Dans cette perspective, il sera élaboré un plan de financement durable à long terme et un plan de mobilisation des ressources pour la santé communautaire pour mieux encadrer la mobilisation des ressources. La cartographie annuelle des investissements (domestiques et externes) dans la santé communautaire par rapport à la stratégie nationale de santé communautaire sera renforcée.

5.6.1. Mobilisation des ressources

La mobilisation des ressources se fera à travers une table ronde des bailleurs de fonds, des taxes spécifiques au niveau national et communal au profit de la santé communautaire (taxe sur l'insalubrité) ainsi que l'apport financier des communautés ou en nature pour soutenir la mise en œuvre de certaines réalisations.

Les sources potentielles de financement identifiées sont : (i) l'État ; (ii) les autres entités publiques prenant en compte les collectivités territoriales ; (iii) le secteur privé ; (iv) les ONG et associations ; (v) les partenaires techniques et financiers ; (vi) les particuliers y compris la diaspora et (vii) les communautés.

Les sources de financement de la stratégie sont : Budget de l'État, Appui des PTF et en perspective, les Taxes spécifiques au niveau national et communal et les contributions directes des communautés.

5.6.2. Coût de la mise en œuvre de la stratégie

Tableau VIII : Récapitulatif du coût estimatif des activités par axe, objectif et effet attendu (x1 000 000 FCFA)

Années	2024	2025	2026	2027	2028	Total
Axes						
Axe 1	2 855	6 539	2 805	2 696	2 541	17 671
Axe 2	1 683	4 542	2 600	2 602	2 600	14 027
Axe 3	55 654	37 112	34 832	35 321	30 696	193 741
Axe 4	2 149	2 233	1 965	1 878	1 886	10 111
Total	62 340	50 426	42 201	42 498	37 723	235 550
Objectifs stratégiques						
Objectif stratégique 1.1	2 624	6 278	2 573	2 471	2 328	16 509
Objectif stratégique 1.2	232	261	232	225	213	1 162
Objectif stratégique 2.1	1 619	4 455	2 536	2 538	2 536	13 684
Objectif stratégique 2.2	64	87	64	64	64	343
Objectif stratégique 3.1	35 322	16 059	14 415	17 442	13 261	96 625
Objectif stratégique 3.2	18 181	18 365	17 393	15 817	15 622	85 379
Objectif stratégique 3.3	2 151	2 687	3 023	2 063	1 813	11 737
Objectif stratégique 4.1	1 481	1 624	1 576	1 490	1 498	7 669
Objectif stratégique 4.2	668	609	388	388	388	2 442
Effets attendus						
EA.1.1.1	552	1 144	53	27	27	1 802
EA.1.1.2	962	3 174	877	941	853	6 806
EA.1.1.3	977	1 640	1 518	1 378	1 323	7 070
EA.1.1.4	132	321	126	126	126	831
EA.1.2.1	221	221	221	215	202	1 079
EA.1.2.2	11	40	11	11	11	83
EA 2.1.1	1 619	4 455	2 536	2 538	2 536	13 684
EA 2.2.1	15	38	15	15	15	99
EA 2.2.2	49	49	49	49	49	244
EA. 3.1.1	22 602	12 243	12 222	16 622	12 442	76 257
EA. 3.1.2	12 720	3 816	2 194	820	820	20 368
EA 3.2.1	11 542	10 795	11 029	11 264	11 498	56 128
EA 3.2.2	5 397	5 697	4 709	2 791	2 844	21 438
EA 3.2.3	1 242	1 874	1 655	1 762	1 280	7 813
EA 3.3.1	2 151	2 687	3 023	2 063	1 813	11 737
EA 4.1.1	1 368	1 523	1 476	1 397	1 397	7 161
EA 4.1.2	112	101	101	93	101	508
EA 4.2.1	668	609	388	388	388	2 442

Le coût total de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire 2024-2028 est de **deux cent trente-cinq milliards cinq cent cinquante millions cinquante-cinq mille neuf cent soixante-seize (235 550 055 976) FCFA**. Le montant des trois premières années s'élève à 155 328 799 465 FCFA soit 65,94% du coût total de la stratégie.

PARTIE IV. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

4.1. Caractérisation/cartographie des risques

Les approches de santé communautaire au Burkina Faso se déploient dans un contexte empreint de risques qu'il convient de travailler à atténuer en vue de garantir un succès à la mise en œuvre de la stratégie.

4.1.1. Détérioration de la sécurité sur le territoire et limitation de l'accès à certaines zones

Il s'agit d'un risque modéré, caractérisé par (i) un déploiement difficile des prestations de santé communautaire dans les zones affectées ; (ii) une augmentation des besoins en termes de santé ; (iii) un accès limité des prestations de santé communautaire aux bénéficiaires et (iv) des difficultés pour collecter les données de suivi auprès des acteurs des IBC.

4.1.2. Persistance des catastrophes naturelles

Ce risque est très élevé notamment pour la sécheresse et les inondations qui peuvent survenir à toutes les saisons de l'échéance de mise en œuvre de la stratégie. Ses principales caractéristiques sont : (i) Augmentations des besoins en termes de santé et des prestations de santé communautaire ; (ii) Déséquilibre de la planification (couverture, financement, etc.) ; (iii) Faible couverture des bénéficiaires ; (iv) Faible renforcement des capacités des acteurs ; (v) Faible suivi et capitalisation des acquis

4.1.3. Insuffisance de financement de la stratégie

L'insuffisance de financement constitue un risque de niveau élevé dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire. Elle se traduit par (i) une faible couverture des bénéficiaires ; (ii) un faible renforcement des capacités des acteurs ; et (iii) un faible suivi et capitalisation des acquis.

4.1.4. Faible adhésion des populations aux services de santé à base communautaire

Ce risque est qualifié de moyen. Ce qui le caractérise est essentiellement la faible utilisation des prestations des IBC et l'augmentation de la vulnérabilité / morbidité des populations.

4.1.5. Non-adhésion des partenaires sociaux

Le niveau de ce risque est faible. Ses caractéristiques principales sont le retard dans la mise en œuvre des activités et le blocage de certaines activités.

4.1.6. Survenue d'une pandémie

Le niveau de ce risque est moyen dans la mesure où le Burkina Faso se retrouve dans une zone épidémiologique turbulente. Ce risque est déjà pris en compte dans le plan de riposte aux éventuelles épidémies.

4.1.7. Faible appropriation de la stratégie par les responsables des structures techniques

Le niveau de ce risque est faible dans la mesure où la plupart des responsables ont pris part au processus d'élaboration et de validation de la présente SNSC.

4.2. Mesures d'atténuation

- (i) **Détérioration de la sécurité sur le territoire et limitation de l'accès à certaines zones.** Les meilleures perspectives, pour amortir les effets d'un tel risque, intègrent le renforcement des IBC endogènes ; la formation des professionnels de santé et acteurs communautaires des zones les plus affectés et la prise en charge psychosociale des agents de santé victimes ou affectés par les actes de terrorisme dans les zones touchées.
- (ii) **Persistance des catastrophes naturelles.** En guise de mesure de mitigation, il est donc important de renforcer les capacités opérationnelles des structures des acteurs des IBC et de renforcer la coordination multisectorielle.
- (iii) **Insuffisance de financement de la stratégie.** Face à ce risque, il est congruent de développer les mécanismes de financement innovants à travers une mobilisation des ressources endogènes et une implication du secteur privé.
- (iv) **Faible adhésion des populations aux SBC.** Pour mitiger les effets du risque, il faut mettre en œuvre un plan de communication sur les SBC et développer des actions de communication pour le changement social et comportemental.
- (v) **Non,-adhésion des partenaires sociaux.** En vue de l'atténuation du risque, il est nécessaire (i) de renforcer le dialogue social avec les partenaires sociaux, (ii) de renforcer la veille citoyenne en matière de santé communautaire et (iii) d'améliorer l'animation du dispositif de suivi et d'évaluation de la SNSC.
- (vi) **Survenue d'une pandémie.** Pour faire face aux épidémies qui sont récurrentes au Burkina Faso, le Ministère de la santé élabore chaque année un plan de riposte à une éventuelle épidémie. Tirant leçon de la pandémie de la Covid-19, il faudra prendre en compte ce risque dans l'élaboration de ce plan afin de faire face efficacement à une pandémie.
- (vii) **Faible appropriation de la stratégie par les responsables des structures techniques.** L'importance de ce risque dépend de la façon dont les structures techniques seront impliquées dans les différentes phases d'élaboration et de mise en œuvre de la stratégie. Durant le processus d'élaboration, plusieurs structures techniques ont été associées. Dès l'adoption définitive de la stratégie, il sera nécessaire d'engager un travail de dissémination du document auprès de ces

structures techniques en prenant soin de faire ressortir ce qui est attendu de chaque structure. Elles devront autant que possible participer aux rencontres bilans périodiques afin de mesurer le niveau de leur participation dans l'exécution du plan stratégique.

RÉFÉRENCES

- **MATDS**. Annuaire statistique 2022 de l'administration du territoire. [Conseil national de la statistique \(cns.bf\)](#)
- **MENAPLN**. Tableau de bord des enseignements post-primaires et secondaires, 2012-2022. [ISSP - Secondaire](#)
- **Ministère de la Santé**. Plan national de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030
- **Ministère de la Santé**. Dossier d'investissement en santé communautaire au Burkina Faso, 2019-2023.
- **Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement**. Guide d'élaboration, de suivi et d'évaluation de plans stratégiques février 2019
- **Ministère de la Santé**. Stratégie nationale de santé communautaire du Burkina Faso 2019-2023 – décembre 2018
- **Ministère de la Santé**. Profil de l'Agent de Santé à Base communautaire 2^{ème} édition – septembre 2021
- **Ministère de la Santé**. Normes en personnels soignants des structures publiques de soins de santé primaires 2020-2024 - Niveau District Sanitaire - décembre 2019
- **Ministère de la Santé**. Normes en personnels des formations sanitaires publiques - octobre 2015
- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique**. Cartographie des ressources en santé communautaire au Burkina Faso - Rapport final - Novembre 2023
- **ministère de la Santé et de l'Hygiène publique**. Rapport de l'évaluation de la stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023 du Burkina Faso - Déc. 2023,
- **Ministère e de la Santé et de l'Hygiène publique**. Rapport CORUS-MSHP, mars 2023
- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique**. Annuaire statistique de la santé 2022.
- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique**. Guide de mise en place des clubs de santé communautaire, 2023
- **Ministère de la Santé**. Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso. Rapport final
- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique**. Stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023 version révisée - prolongée à 2024
- **Présidence du Faso**. Plan d'action pour la stabilisation et le développement (PA-SD) ; Janvier 2023.
- **Ministère de la Santé**. Politique sectorielle – Santé 2017-2026 : Septembre 2017
- **Burkina Faso**. Constitution du Burkina Faso de 1991
- **INSD**. Principaux résultats de l'étude sur la pauvreté et les conditions de vie des ménages en 2021. [Principaux résultats EHCVM-2021.pdf \(insd.bf\)](#)
- **INSD**. Cinquième Recensement général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso. [Rapport résultats définitifs RGPH 2019 \(2\).pdf](#)
- **OMS**. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. [WHO-EURO-1978-3938-43697-61473-fre.pdf](#)
- **OMS**. *Les soins de santé primaires Alma-Ata 1978*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1978. p. 56. (*Santé pour tous ; n° 1*) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf?sequence=1>
- **OMS**. Déclaration d'Astana. Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018,
- **OMS**. Approche une seule santé. Principaux faits. Une seule santé (who.int)

- Plan d'intensification des IBC dans les zones urbaines et péri-urbaines de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso ainsi que dans les sites des personnes déplacées internes des régions à défi sécuritaire 2023
- PMNCH - Partnership for Maternal, Newborn and Child Health
- Stratégie intégrée de communication en santé et de changement social et Comportemental 2022-2026, MSHP, avril 2022
- Plan d'action opérationnel de la stratégie intégrée de communication en santé et de changement social et comportemental 2022-2024, MSHP, avril 2022
- Stratégie nationale de communication et de plaidoyer en faveur de la nutrition au Burkina Faso 2020-2024, Juillet 2020
- Stratégie de communication du 5ème Recensement général de la population et de l'habitation, INSD 2017
- **Loi n°23/94/ADP** du 19 mai 1994 portant Code de la Santé publique
- **Loi n°012-2010/AN** portant protection et promotion des droits des personnes handicapées au Burkina Faso ;
- **Loi n°034-2021/AN** du 28 octobre 2021 portant volontariat au Burkina Faso
- **Décret N°2014-749/PRES/PM/MS** du 10 septembre 2014 portant adoption de la stratégie de promotion de la santé et du plan d'action de la stratégie de promotion de la santé 2015-2019. JO N°46 DU 13 NOVEMBRE 2014
- **Décret N°201960085/PRES/PM/MINEFID/MATD/MS** portant statut général des Établissements Publics Locaux de Santé (EPLS)
- **Décret n°2009-108/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE** du 3 mars 2009 portant transfert de compétences et des ressources de l'État aux communes dans les domaines de la santé
- **Décret n°2009-269/PRES/PM/MS/MEF** du 4 mai 2009 portant sur la contractualisation des activités de santé avec les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations à base communautaire d'exécution (OBC-E) ;
- **Décret N°2012-828/PRES/PM/MASSN/MEF/MS/MENA/MESS** portant adoption de mesures sociales en faveur des personnes handicapées en matière de santé et d'éducation du 22 octobre 2012 ;
- **Décret n°2014-749/PRES/PM/MS** du 10 septembre 2014 régissant la santé communautaire ;
- **Décret n°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID** du 29 avril 2016 portant gratuité de soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso ;
- **Décret n°2021- 030 8 /PRES/PM/MINEFID/MFPTPS** portant statut particulier du métier de la santé humaine et animale. Dont le titre II est consacré aux agents de santé communautaire ASC ;
- **Arrêté N°2023-589/MSHP/CAB** portant création, composition, attributions et fonctionnement du comité technique d'élaboration de la stratégie nationale de santé communautaire 2024-2028 ;
- **Arrêté conjoint n°428-2010/MS/MATD** du 29 décembre 2010 portant attributions, composition et fonctionnement du conseil de santé de district ;
- La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies, en 1989
- La convention internationale des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), en vigueur depuis 2008.
- La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies, en 1989
- La convention internationale des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), en vigueur depuis 2008.
- La déclaration sur la Couverture sanitaire universelle en 2019 lors de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- La déclaration sur la Couverture sanitaire universelle en 2019 lors de la mesure gouvernementale au cours du Conseil des ministres du 02 mars 2016 visant le recrutement de 2 ASBC dans les villages administrativement reconnus ;
- Le protocole d'interopérabilité dans le processus d'enregistrement des faits d'état civil et de production des statistiques de vie.
- Le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ratifié le 10 septembre 1998 par le Burkina Faso ;
- Le pacte international relatif aux droits civiques et politiques adoptés le 16 décembre 1966 à New York
- Le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ratifié le 10 septembre 1998 par le Burkina Faso ;
- Le pacte international relatif aux droits civiques et politiques adoptés le 16 décembre 1966 à New York
- Le cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques des catastrophes 2015-2030
- **PNUD**. Rapport sur le Développement humain 2020.
- http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/BFA.pdf
- **Sandrine Motamed**. Qu'est-ce que la santé communautaire ? Un exemple d'une approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse. *L'Information psychiatrique 2015 ; 91: 563-7 doi:10.1684/ipe.2015.1374*. Qu'est-ce que la santé communautaire ? | Cairn.info
- **Tessier Stéphane, Jean Baptiste Andrès, Ribeiro Marie Adèle**. *Santé publique, santé communautaire*. Paris : Maloine, 2004, 342 p.
- **Union Africaine**. Plan d'action de Maputo 2016-2030 pour l'opérationnalisation du cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés a la reproduction
- **Patrick MARX**. La santé communautaire : un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? – Focus sur plusieurs expériences internationales de soins communautaires. <https://www.cairn.info/revue-regards-2020-2-page-191.htm>
- **SUSAN B. RIFI**. Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale. [9242561355 fre.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/9242561355)
- **Didier Jourdan**, Michel O'Neill, Sophie Dupéré, Jorge Stirling. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé Publique Santé Publique 2012/2 (Vol. 24) 2012/2 (Vol. 24)*, pages 165 à 178. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-2-page-165.htm>
- Delphine Lefeuvre, Mamadou Dieng, Farid Lamara, Gilles Raguin, Christophe Michon. Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida. *Santé Publique 2014/6 (Vol. 26), pages 879 à 888* <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-879.htm>
- La charte d'Ottawa (1986) pour la promotion de la santé. Chartes et déclarations | Promotion Santé IdF (promotion-sante-idf.fr)
- L'appel à l'action de Monrovia pour avoir investi dans des programmes de santé communautaire en tant que voie intégrale vers la couverture sanitaire universelle. L'Appel à l'action de Monrovia – 3e Symposium international des agents de santé communautaires (chwsymposiumliberia2023.org)
- **Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)**, Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action. Genève, 2021. 114 p.

Tableau IV : Expériences en matière de santé communautaire

N °	Nom de l'initiative	Couverture géographique	Période de mise en œuvre	Source financement	Contenu	Évaluation faite/ Prévue	Leçons tirées/Statut de la mise à l'échelle en fonction des résultats
1.	WHOPEN	Districts sanitaires de Koupéla, Kombissiri	2022	OMS	Dépistage de l'HTA, Diabète, drépanocytose, troubles mentaux, dans la communauté	Non faite	Phase pilote
2.	Projet COVID-19	45 provinces du Burkina Faso	Avril 2020 à juillet 2021	UE	Communication des risques et engagement communautaire Contrôle des maladies par les volontaires promotion du WASH (promotion ds dispositifs de lavage des mains) veille communautaire des risques de santé recherche et suivi des cas contacts	Évalué	Efficacité des sorties conjointes ASBC et volontaire de la Croix-Rouge pour les campagnes de sensibilisation et de mobilisation pour la vaccination (appréciation par les acteurs sanitaires) Engagement communautaire réussie à travers les activités de CREC Extension et poursuite de la veille communautaire sur les risques de santé dans d'autres districts sanitaires (Dédougou, Ouahigouya, Kaya, Fada, Mangodara)
3.	Projet intégré Santé communautaire dans le district sanitaire de Mangodara	Région des Cascades, District sanitaire de Mangodara	Janvier 2017 au 31 décembre 2021	Coopération Belge au Développement/ Croix-Rouge de Belgique	<ul style="list-style-type: none"> - PCIME communautaire - Promotion des pratiques familiales essentielles - Référencement/Évacuation communautaire avec les tricycles ambulances - Réalisation des évaluations des vulnérabilités et de la capacité avec élaboration de plan de résilience dans certains villages - Promotion des fonds communautaires pour le financement des actions de santé - Promotion de l'assainissement total piloté par les communautés - Surveillance à base communautaire des risques de santé associés au MPE 	Évalué	L'engagement communautaire est le socle de la santé communautaire. Les communautés possèdent des potentialités qui nécessitent d'être découvertes avec un accompagnement pour leur exploitation. Extension dans le district sanitaire de Dédougou (communes de Tchériba, Safané et Dédougou : 2022-2026)
4.	Surveillance basée sur les événements (SBE) au niveau communautaire	DS Boussé, Houndé et Kongoussi	2017	DAVYCAS CDC	Notification et investigation des événements inhabituels observés dans la communauté	En cours	Extension en cours dans les autres DS des trois régions couvertes

5.	Soins du nouveau-né à domicile	Boucle du Mouhoun, Est, Nord et du Centre-Nord	2016-2018	UNICEF H4CIDA	Les ASBC donnent des Conseils à la famille sur les pratiques des soins à domicile et le recours aux soins appropriés pendant la grossesse, accouchement et période postnatale.		Extension à 22 Districts de 5 régions
6.	Utilisation du téléphone mobile (mHealth) par les ASBC dans le cadre de la PCIME communautaire	Région du Nord	2016-2018	US fund/BMG, Fonds Mondial	Les ASBC utilisent un téléphone mobile pour la mise en œuvre PCIME-c, transmission des données communautaires gestion médicaments.	Faite	Extension en cours dans 4 autres régions (22 DS)
7.	Délégation des tâches dans le domaine de la planification familiale	53 Districts sanitaires pour l'auto-infection et 23 Districts sanitaires pour les pilules et le DMPA-SC	Depuis 2016	UNFPA	Les ASBC offrent aux communautés les méthodes contraceptives que sont les préservatifs, les pilules, le Dépo-medroxy-progesterone acétate sous cutané (DMPA-SC) ou Sayana press®	Faite	Amélioration notable des taux d'utilisation à titre d'exemple en 2017 dans le DS de Tougan 2742, nouvelles utilisatrices contre 1006 en 2016. Les leçons tirées pourraient servir à un éventuel passage à l'échelle
8.	Projet promotion de la santé dans 130 communes du Burkina Faso	130 communes Sur l'ensemble des 13 régions du pays	2014 durant 6 mois	Budget de l'État	Renforcement des capacités des acteurs locaux pour la mise en œuvre des actions de communication sur 8 thématiques de santé	Non faite	Identification des défis liés au transfert des compétences aux Collectivités territoriales
9.	Projet d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile dans les régions sanitaires du Nord et du Centre-Nord	Nord, Centre-nord,	2013-2016	Fondation Bill et Méliinda Gates	Interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile	Évaluée	Importance de l'implication des acteurs communautaires dans la réduction de la morbidité
10.	Promotion de l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant au niveau communautaire	10 Régions	2011-2018	UNICEF, UE, USAID, BMG, Coopération italienne	Groupes d'Apprentissage de suivi et de promotion de l'ANJE (GASPA)	Faite pour la phase pilote 2011/2013	La mise en œuvre des GASPA contribue à l'amélioration des Indicateurs de l'ANJE, CPN, accouchements assistés, CPoN

11.	Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale (IFC)	Dix-sept districts sanitaires : Tenkodogo, Zabré, Ouargaye, Bittou et Koupéla dans le Centre-Est ; Kongoussi, Barsalogo et Boulsa dans le Centre Nord ; Sindou, Mangodara et Banfora dans les Cascades ; Yako, Ouahigouya dans le Nord ; Gorom-Gorom, Djibo et Dori dans le Sahel. DCP actualisés dans les DS de Zabré, Tenkodogo et Koupéla	2009 - 2023	Enfants du Monde, MSH, UNFPA, OMS, H4+CIDA, FCI	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic communautaire - Participatif à travers une série 05 fora - Communautaires - Identification de problèmes prioritaires et élaboration d'un plan d'action : Analyse participative de la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile - Identification des problèmes avec les membres de la communauté - Identifications des actions avec la communauté en vue de résoudre les problèmes identifiés - Validation des problèmes prioritaires et des actions identifiés par les décideurs de l'aire du DS 	Faite 2015-2016	<ul style="list-style-type: none"> - Avec le DCP, les membres de la communauté sont - Capables d'identifier leurs problèmes de santé et de proposer des actions pour les résoudre avec leur pleine participation. - La lourdeur du processus de la conduite du DCP a conduit à son allègement en 2022 et à sa réalisation dans 3 districts sanitaires - (Zabré, Tenkodogo et Koupéla) - La forme allégée du DCP permet d'aller à plus grande échelle (coût et temps réduit) ; - Le diagnostic communautaire participatif permet aux communautés d'avoir une réflexion sur leurs problèmes de santé quotidiens. Il éveille leur sens critique et donne sens à leur implication.
12.	Prise en charge à domicile du paludisme	Centre Nord (Kaya), BMH (Nouna), Centre-Sud (Saponé)	2009-2010	Fonds Mondial	Prise en charge par les ASBC des cas de Paludisme simple	Faite	Mise à l'échelle à partir de 2010.
13.	Épidémiologie communautaire (EPICOM)	Hauts Bassins (Dafra et Karangasso Vigué) Cascades (Banfora et Mangodara)	2006-2018	Fondation UNIDEA Progetto-Mondo Mial- AICS	Surveillance et contrôle communautaires des problèmes de santé, des décès maternels et infantiles	Faite	L'EPICOM est une approche qui permet la production de connaissances individuelles et collectives, à travers des données qui sont la propriété aussi bien des agents de santé que des communautés. Extension à la région du Sud-Ouest (Dano, Diébougou)
14.	Distribution à base communautaire de contraceptifs	Sud-Ouest, Boucle du Mouhoun et Est	1995	Coopération allemande	Distribution à base communautaire de pilules, condoms masculins et féminins, spermicides et collier par les ADDB	Faite	Expérience réussie qui pourrait être exploitée dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité de la PF au Burkina Faso

Tableau VI : Analyse FFOM pour la santé communautaire

Cadre institutionnel et organisationnel			
FORCES	FAIBLISSES	OPPORTUNITÉS	MENACES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégration de la santé communautaire dans le système de santé à travers les référentiels de politiques, certains programmes de santé et les textes organisant du ministère de la santé Existence de Taskforce en matière de SBC 2. Couverture géographique des services à base communautaire (SBC) à l'échelle nationale (97% en ASBC et 100% en OBC) 3. Existence d'une stratégie de promotion de la santé qui prend en compte le développement de la santé communautaire 4. Existence de cadres de concertation en matière de santé communautaire 5. Existence de secrétariat technique des réformes sur le financement de la santé (ST_RFS) chargé de la mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins y compris en milieu communautaire ; 6. Existence de COGES ; 7. Existence de documents normatifs et d'outils d'opérationnalisation de la santé communautaire 8. Contractualisation de certaines activités de santé avec les ONGs et les OBC 9. Renforcement de l'obligation de résultat vis-à-vis du ministère de la santé et des communautés 10. Existence d'un référentiel technique des interventions communautaires en santé, 11. Prise en compte de l'équilibre genre dans les critères de recrutement des ASBC 12. Existence d'une direction en charge de la santé communautaire (DPES) 13. Transfert de compétence aux collectivités territoriales 14. Recrutement des ASBC par les communes 15. Existence d'un mécanisme indépendant de veille communautaire 16. Existence de stratégies innovantes d'interventions à base communautaire (Supplémentation en vitamine, mHealth, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuffisance de communication sur l'approche contractuelle 2. Insuffisance dans la diffusion et la vulgarisation des différents référentiels (stratégie nationale, référentiel d'intervention à base communautaire ...) de santé communautaire 3. Insuffisance de collaboration (ancrage institutionnel, cadre de concertation) sur l'approche contractuelle entre les acteurs sur le terrain 4. Insuffisance dans la prise en compte des directives communautaires dans la planification au niveau intermédiaire et périphérique du système de santé 5. Insuffisance dans la représentation des ONG-OBC, acteurs humanitaires dans le comité technique de coordination et de réflexion sur les IBC 6. Insuffisance de coordination des SBC à tous les niveaux du système de santé, 7. Faible appropriation des collectivités territoriales de la gestion des SBC 8. Non prise en compte de la santé communautaire dans la pyramide sanitaire 9. Insuffisance de collaboration intersectorielle 10. Difficultés d'application des critères de recrutement 11. Insuffisance des mécanismes de suivi/supervision des ASBC et OBC 12. Absence de critères d'évaluation de la performance des ASBC et des OBC 13. Manque de compétences dans les communes et non appropriation du transfert de compétences par les communes 14. Répartition inégale des SBC (tous les ASBC ne mettent pas en œuvre les mêmes PMA) 15. Faible implication des ASBC dans la sensibilisation des communautés sur les mesures de réduction des facteurs de risques liés aux Maladies non transmissibles 16. Faible capacité (compétence, logistique, financière) des structures d'appui et d'encadrement des acteurs communautaires à tous les niveaux du système de santé 17. Faible capacité (compétence, logistique, financière) des structures d'appui et d'encadrement des acteurs communautaires au niveau des OSC 18. Non prise en compte de la taille des villages dans le recrutement des ASBC 19. Non mise à jour de la cartographie des IBC intégrant les OBC 20. Faible qualité des données communautaires 21. Insuffisance de la prise en compte des données du monde communautaire dans le SNIS 22. Insuffisance en quantité des supports de collecte 23. Non prise en compte de certains événements de santé dans la collecte des données communautaires Irrégularité dans la collecte et la transmission des données communautaires au niveau CSPS 24. Faible utilisation des données communautaires 25. Insuffisance dans le suivi des stratégies innovantes 26. Insuffisance dans l'évaluation des interventions communautaires 27. Faible capitalisation/documentation des expériences communautaires 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Engagement du gouvernement et partenaires au développement dans la santé communautaire 2. Prise en compte des actions de renforcement de la santé communautaire par le PNDES 3. Adoption du plan de couverture sanitaire universelle (CSU) ; 4. Effectivité de la communalisation intégrale 5. Existence de failles des acteurs de la société civile intervenant dans le domaine de la santé communautaire 6. Existence d'une formation diplômante en santé communautaire dans la sous- région 7. Existence de canaux de Communication communautaires 8. Utilisation des TIC dans le rapportage des données 9. Promotion des TIC (mHealth, rapid SMS) 10. Fort taux de pénétration des TIC (mHealth, rapid SMS) 11. Large couverture territoire par les 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instabilité institutionnelle 2. Insécurité 3. Troubles socio-politiques 4. Conflits de leadership entre personnel de santé et acteurs communautaires 5. Situation économique défavorable 6. Internationale défavorable

délégation des tâches en PF communautaire, SBE...) 17. Existence d'un circuit d'approvisionnement en médicaments 18. Existence d'une ligne budgétaire 19. Engagement des PTF pour le financement des activités communautaires 20. Investissement des ONG dans la mobilisation des ressources	28. Insuffisance dans la recherche en santé communautaire 29. Insuffisance dans la publication et l'utilisation des résultats de la recherche en santé communautaire 30. Faible disponibilité des intrants de prise en charge au niveau communautaire 31. Réticence de certaines structures sanitaires à remettre les intrants de prise en charge aux ASBC ; 32. Faible accessibilité financière des populations aux SBC 33. Insuffisance des ressources financières en faveur des interventions communautaires 34. Faible capacité de mobilisation des ressources financières des acteurs communautaires 35. Absence de mécanisme de financement de la santé 36. Non-respect de la parité homme/ femme dans le recrutement des ASBC	réseaux de télé communication 12. Intérêt des PTF pour la santé communautaire 13. Existence d'un tissu associatif important et dynamique	
--	--	--	--

Cadre juridique

FORCES	FAIBLSES	OPPORTUNITÉS	MENACES
21. Existence de textes règlementaires en matière de santé communautaire 22. Existence d'une volonté politique de faire de la santé communautaire une priorité 23. Loi N°001-2021/AN Portant protection des personnes à l'égard du Traitement des données à caractère personnel l'Assemblée nationale 24. Arrêté N°2019-73/CAB/MS portant création, composition, attributions et fonctionnement du groupe de concertation en e-Santé 25. Existence de la Loi portant Code de santé publique traitant de l'éthique et de la déontologie en matière de santé 26. Existence des textes législatifs et règlementaires encadrant l'accès aux services de santé 27. Existence du Décret 2019_040 sur la gratuité de la PF au niveau communautaire ;	37. Faible appropriation du décret relatif à la santé communautaire 38. Faible prise en compte de la santé communautaire dans les textes règlementaires et législatifs 39. Faible vulgarisation/diffusion des textes 40. Absence de textes d'application encadrant certaines interventions de santé communautaire 41. L'arrêté sur le groupe de concertation en e-Santé ne prévoit pas la mise en place d'une commission spécialisée sur la digitalisation de la santé communautaire. 42. Absence de directives sur les spécifications techniques contextuelles des équipements pour le niveau communautaire 43. Faible connaissance du paysage juridique de la numérisation de la santé communautaire 44. Absence de textes juridiques sur l'utilisation de l'outil numérique par les acteurs communautaires 45. Absence d'un statut clair des acteurs communautaires (ASBC, OBC) (addendum) 46. Méconnaissance des textes juridiques ; 47. Insuffisance d'application des textes législatifs et règlementaires, 48. Absence de textes juridiques encadrant les activités (paquet minimum d'activités) des ASBC, des gérants DMEG, 49. Absence de textes règlementaires sur la gratuité des soins des FE et des enfants de 0 à 5 ans au niveau communautaire 50. Le décret n°216_311 PRES/ PM portant gratuité des soins ne prend pas compte le niveau communautaire 51. Absence de textes règlementaires sur la gratuité des soins des personnes indigentes au niveau communautaire	14. Révision de la constitution du Burkina Faso 15. Existence de l'initiative présidentielle pour le développement communautaire 16. Existence d'une structure nationale en charge des libertés et de la protection des données à caractère personnel 17. Période de transition propice pour prendre les textes	7. L'insécurité qui empêche le fonctionnement de certains organes 8. Instabilité politique et institutionnelle

Ressources humaines financières et matérielles

FORCES	FAIBLSES	OPPORTUNITÉS	MENACES
<p>28. Existence de programmes chargés de la construction des postes de santé communautaire (PRSS-ASN, PSSR)</p> <p>29. Expérience réussie des PSC déjà existants et fonctionnels</p> <p>30. Existence d'un mécanisme de motivation des ASBC</p> <p>31. Existence d'une ligne budgétaire au niveau du MSHP</p> <p>32. Recrutement et formation des ASBC et personnel des OBC</p> <p>33. Création et recrutement du corps des agents de santé communautaire (ASC)</p> <p>34. Appui institutionnel à la société civile</p> <p>35. Équipement des ASBC et OBC</p> <p>36. Couverture géographique des services à base communautaire (SBC) à l'échelle nationale (97% en ASBC et 100% en OBC)</p> <p>37. Existence de modules de formation harmonisés des ASBC et des animateurs des OBC</p> <p>38. Bonne couverture nationale des SBC</p> <p>39. Mise en œuvre effective de la gratuité des soins</p> <p>40. Existence d'ASBC utilisant l'application e-Sante CoM via les téléphones</p> <p>41. Existence d'Agents de santé communautaire pour le fonctionnement des PSC devant rapporter les données issues des activités</p> <p>42. Existence de compétences en santé numériques au sein du ministère</p> <p>43. Existence d'un mécanisme de recrutement continu d'ASC</p> <p>44. Existence de Responsable de promotion de la santé (RPS) affecté à l'utilisation de la plateforme de gestion des ASBC</p> <p>45. Existence des Infirmiers-chefs de poste (ICP) pour le paramétrage et l'affectation des équipements numériques aux ASBC ainsi que le suivi et validation des données</p> <p>46. Existence d'un chargé de suivi-évaluation au niveau des OBC pour la saisie des données Endos-BF</p> <p>47. Existence d'application d'aide à la réalisation des activités ASBC (e-SanteCoM)</p> <p>48. Existence d'une plateforme de gestion des ASBC (PGA)</p>	<p>52. Insuffisance du nombre de PSC.</p> <p>53. Insuffisance de ressources humaines qualifiées en santé communautaire</p> <p>54. Insuffisance dans le processus de recrutement (concours ne tient pas compte des spécificités de l'emploi) et de déploiement des ASC.</p> <p>55. Absence de VN-ASBC dans certaines zones urbaines et périurbaines</p> <p>56. Insuffisance de motivation financière des acteurs communautaires (OBC, ASBC)</p> <p>57. Mobilité des ASBC et des animateurs des OBC</p> <p>58. Absence de critères d'évaluation de la performance des ASBC et des OBC</p> <p>59. Absence de contrats d'objectifs entre les formations sanitaires et les ASBC</p> <p>60. Faible capacité (compétence, financière) des structures d'appui et d'encadrement des acteurs communautaires à tous les niveaux du système de santé ;</p> <p>61. Difficultés dans la mobilisation des ressources financières pour tenir les cadres de concertations</p> <p>62. Non prise en compte de la taille des villages dans le recrutement des ASBC</p> <p>63. Ruptures fréquentes en intrants au niveau communautaire</p> <p>64. Insuffisance de la logistique et les équipements</p> <p>65. Difficultés d'application des critères de recrutement</p> <p>66. Manque de compétences dans les communes et non appropriation du transfert de compétences par les communes</p> <p>67. Insuffisance dans la recherche en santé communautaire</p> <p>68. Insuffisance dans la publication et l'utilisation des résultats de la recherche en santé communautaire</p> <p>69. Faible accessibilité financière des populations aux SBC</p> <p>70. Insuffisance des ressources financières en faveur des interventions communautaires</p> <p>71. Faible capacité de mobilisation des ressources financières des acteurs communautaires</p> <p>72. Non-respect de la parité homme/ femme dans le recrutement des ASBC</p> <p>73. Insuffisance de compétences des ASC pour l'utilisation et la maintenance des outils numériques du niveau communautaire</p> <p>74. Insuffisance de compétences des ICP dans l'utilisation de l'outil numérique pour l'accompagnement des ASBC</p> <p>75. Absence de formation continue des acteurs sur l'utilisation de la plateforme de gestion des ASBC</p> <p>76. Insuffisance de formation continue des OBC sur l'utilisation de l'Endos-BF</p> <p>77. Faible fidélisation des ASBC dans l'exécution de ses activités via le terminal numérique</p> <p>78. Absence d'une application d'aide à la réalisation des activités des OBC</p> <p>79. Absence d'une plateforme de gestion des OBC</p> <p>80. Non extension de MFL aux Postes de santé communautaires (PSC)</p> <p>81. Insuffisance de matériel numérique pour la gestion des plateformes au niveau des districts sanitaire (ordi, tablettes)</p> <p>82. Faible capacité de stockage et d'hébergement du ministère en charge de la santé</p> <p>83. Déficit de l'interopérabilité entre les plateformes existante</p>	<p>18. Engagement des PTF pour le financement des activités communautaires</p> <p>19. Investissement des ONG dans la mobilisation des ressources</p> <p>20. Existence de personnel, de coordination et d'agents opérationnels expérimentés au niveau des OBC ;</p> <p>21. Existence de volontaires communautaires (Croix-Rouge ...)</p> <p>22. Existence de radios communautaires dans toutes les régions</p> <p>23. Existence d'une Formation diplômante en santé communautaire dans la sous-région</p> <p>24. Existence de PTF pour l'accompagnement dans la formation des acteurs en matière santé numérique</p> <p>25. Mise à la disposition du ministère, de personnes de ressource en matière de santé numérique par les PTF</p> <p>26. Existence d'offre de formation de haut niveau en santé numérique dans des universités, instituts privés et publics (IFRISSE, UVBF, UNB, UJKZ, ...)</p> <p>27. Existence de compagnie de</p>	<p>9. Instabilité institutionnelle ;</p> <p>10. Insécurité ;</p> <p>11. Instabilités politiques</p> <p>12. Crises socio politiques</p> <p>13. Situation économique internationale défavorable</p>

<p>49. Existence d'un système d'information communautaire centré sur les ASBC</p> <p>50. Existence de plusieurs Master Facility List (MFL)</p>	<p>84. Absence de tableaux de bord intégrés pour faciliter la prise de décision</p>	<p>téléphonies mobiles et de fournisseurs d'accès à internet</p> <p>28. Fabrication de matériels informatiques et de kits solaires de production d'énergie par des entreprises locales</p> <p>29. Accès à internet via le RESINA</p> <p>30. Existence de PTF pour l'appui dans l'acquisition du matériel numérique</p> <p>31. Existence d'infrastructure d'hébergement et de stockage au niveau national</p>	
--	---	--	--

Mise en œuvre de politiques et stratégies précédentes

FORCES	FAIBLISSES	OPPORTUNITÉS	MENACES
<p>51. Intégration de la santé communautaire dans le système de santé à travers les référentiels de politiques, certains programmes de santé et les textes organisant du ministère de la santé</p> <p>52. Existence de Taskforce en matière de SBC</p> <p>53. Couverture géographique des services à base communautaire (SBC) à l'échelle nationale (97% en ASBC et 100% en OBC)</p> <p>54. Existence d'une stratégie de promotion de la santé qui prend en compte le développement de la santé communautaire</p> <p>55. Existence de cadres de concertation en matière de santé communautaire</p> <p>56. Existence de secrétariat technique des réformes sur le financement de la santé (ST_RFS) chargé de la mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins y compris en milieu communautaire ;</p> <p>57. Existence de COGES ;</p> <p>58. Existence de documents normatifs et d'outils d'opérationnalisation de la santé communautaire</p> <p>59. Contractualisation de certaines activités de santé avec les ONGs et les OBC</p>	<p>85. Insuffisance de communication sur l'approche contractuelle</p> <p>86. Insuffisance dans la diffusion et la vulgarisation des différents référentiels (stratégie nationale, référentiel d'intervention à base communautaire ...) de santé communautaire</p> <p>87. Insuffisance de collaboration (ancrage institutionnel, cadre de concertation) sur l'approche contractuelle entre les acteurs sur le terrain</p> <p>88. Insuffisance dans la prise en compte des directives communautaires dans la planification au niveau intermédiaire et périphérique du système de santé</p> <p>89. Insuffisance dans la représentation des ONG-OBC, acteurs humanitaires dans le comité technique de coordination et de réflexion sur les IBC</p> <p>90. Insuffisance de la coordination des SBC à tous les niveaux du système de santé,</p> <p>91. Faible appropriation des collectivités territoriales de la gestion des SBC</p> <p>92. Non prise en compte de la santé communautaire dans la pyramide sanitaire</p> <p>93. Insuffisance de collaboration intersectorielle</p> <p>94. Difficultés d'application des critères de recrutement</p> <p>95. Insuffisance des mécanismes de suivi/supervision des ASBC et OBC</p> <p>96. Absence de critères d'évaluation de la performance des ASBC et des OBC</p> <p>97. Absence de contrats d'objectifs entre les formations sanitaires et les ASBC</p> <p>98. Manque de compétences dans les communes et non appropriation du transfert de compétences par les communes</p> <p>99. Répartition inégale des SBC (tous les ASBC ne mettent pas en œuvre les mêmes PMA)</p>	<p>32. Engagement du gouvernement et partenaires au développement dans la santé communautaire</p> <p>33. Prise en compte des actions de renforcement de la santé communautaire par le PNDES</p> <p>34. Adoption du plan de couverture sanitaire universelle (CSU) ;</p> <p>35. Effectivité de la communalisation intégrale</p> <p>36. Existence de faitières des acteurs de la société civile intervenant dans le domaine de la santé communautaire</p> <p>37. Existence d'une formation diplômante</p>	<p>14. Conflits de leadership entre personnel de santé et acteurs communautaires</p>

<p>60. Renforcement de l'obligation de résultat vis-à-vis du ministère de la santé et des communautés</p> <p>61. Existence d'un référentiel technique des interventions communautaires en santé,</p> <p>62. Prise en compte de l'équilibre genre dans les critères de recrutement des ASBC</p> <p>63. Existence d'une direction en charge de la santé communautaire (DPES)</p> <p>64. Transfert de compétence aux collectivités territoriales</p> <p>65. Recrutement des ASBC par les communes</p> <p>66. Existence d'un mécanisme indépendant de veille communautaire</p> <p>67. Existence de stratégies innovantes d'interventions à base communautaire (supplémentation en vitamine, mHealth, délégation des tâches en PF communautaire, SBE...)</p> <p>68. Existence d'un circuit d'approvisionnement en médicaments</p> <p>69. Existence d'une ligne budgétaire</p> <p>70. Engagement des PTF pour le financement des activités communautaires</p> <p>71. Investissement des ONG dans la mobilisation des ressources</p> <p>72. Existence d'une direction des systèmes d'information (DSI) chargée de la digitation de la santé communautaire</p> <p>73. Existence d'un groupe technique e-santé traitant des aspects de digitalisation de la santé communautaire</p> <p>74. Existence d'une direction en charge de la santé communautaire qui définit les orientations en la matière</p> <p>75. Existence d'une direction en charge de l'administration de Endos-BF permettant la visualisation des indicateurs de santé communautaire</p> <p>76. Priorité accordée à la digitalisation par les autorités sanitaires</p> <p>77. Loi N°001-2021/AN portant protection des personnes à l'égard du Traitement des données à caractère personnel l'Assemblée nationale</p> <p>78. Arrêté N°2019-73/CAB/MS portant création, composition, attributions et fonctionnement du groupe de concertation en e-Santé</p>	<p>100. Faible implication des ASBC dans la sensibilisation des communautés sur les mesures de réduction des facteurs de risques liés aux Maladies non transmissibles</p> <p>101. Faible capacité (compétence, logistique, financière) des structures d'appui et d'encadrement des acteurs communautaires à tous les niveaux du système de santé</p> <p>102. Faible capacité (compétence, logistique, financière) des structures d'appui et d'encadrement des acteurs communautaires au niveau des OSC</p> <p>103. Non prise en compte de la taille des villages dans le recrutement des ASBC</p> <p>104. Non mise à jour de la cartographie des IBC intégrant les OBC</p> <p>105. Faible qualité des données communautaires</p> <p>106. Insuffisance de la prise en compte des données du monde communautaire dans le SNIS</p> <p>107. Insuffisance en quantité des supports de collecte</p> <p>108. Non prise en compte de certains événements de santé dans la collecte des données communautaires</p> <p>109. Irrégularité dans la collecte et la transmission des données communautaires au niveau CSPTS</p> <p>110. Faible utilisation des données communautaires</p> <p>111. Insuffisance dans le suivi des stratégies innovantes</p> <p>112. Insuffisance dans l'évaluation des interventions communautaires</p> <p>113. Faible capitalisation/documentation des expériences communautaires</p> <p>114. Insuffisance dans la recherche en santé communautaire</p> <p>115. Insuffisance dans la publication et l'utilisation des résultats de la recherche en santé communautaire</p> <p>116. Faible disponibilité des intrants de prise en charge au niveau communautaire</p> <p>117. Réticence de certaines structures sanitaires à remettre les intrants de prise en charge aux ASBC ;</p> <p>118. Faible accessibilité financière des populations aux SBC</p> <p>119. Insuffisance des ressources financières en faveur des interventions communautaires</p> <p>120. Faible capacité de mobilisation des ressources financières des acteurs communautaires</p> <p>121. Absence de mécanisme de financement de la santé</p> <p>122. Non-respect de la parité homme/ femme dans le recrutement des ASBC</p> <p>123. Absence d'un groupe de travail spécifique à la digitalisation de la santé communautaire</p> <p>124. Faible déconcentration de la gestion informatique des plateformes digitales de santé communautaire (PGA, e-SanteCoM, One Health)</p> <p>125. Absence d'un dispositif de maintenance de proximité des équipements numériques du niveau communautaire</p> <p>126. L'arrêté sur le groupe de concertation en e-Santé ne prévoit pas la mise en place d'une commission spécialisée sur la digitalisation de la santé communautaire.</p> <p>127. Absence de directives sur les spécifications techniques contextuelles des équipements pour le niveau communautaire</p> <p>128. Insuffisance de compétences des ASC pour l'utilisation et la maintenance des équipements numériques du niveau communautaire</p>	<p>en santé communautaire dans la sous-région</p> <p>38. Existence de canaux de Communication communautaire</p> <p>39. Utilisation des TIC dans le rapportage des données</p> <p>40. Promotion des TIC (mHealth, rapid sms)</p> <p>41. Fort taux de pénétration des TIC (mHealth, rapid SMS)</p> <p>42. Large couverture territoire par les réseaux de télé communication</p> <p>43. Intérêt des PTF pour la santé communautaire</p> <p>44. Existence d'un tissu associatif important et dynamique</p> <p>45. Existence d'un ministère en charge de la transition digitale</p> <p>46. Existence d'agences d'exécution en matière de TIC (ANPTIC, ANSSI, ...)</p> <p>47. Existence d'un groupe de Partenaires techniques et financiers pour la digitalisation</p> <p>48. Existence d'une volonté politique présidentielle pour la digitalisation</p> <p>49. Existence d'une structure nationale en charge des libertés et de la protection des données à caractère personnel</p> <p>50. Existence de PTF pour l'accompagnement dans la formation des</p>	
--	---	---	--

<p>79. Existence d'ASBC utilisant l'application e-SanteCoM via les téléphones</p> <p>80. Existence d'Agents de santé communautaire pour le fonctionnement des PSC devant rapporter les données issues des activités</p> <p>81. Existence d'un mécanisme de recrutement continu d'ASC</p> <p>82. Existence de Responsables de promotion de la santé (RPS) affectés à l'utilisation de la plateforme de gestion des ASBC</p> <p>83. Existence des Infirmiers chefs de poste (ICP) pour le paramétrage et l'affectation des équipements numériques aux ASBC ainsi que le suivi et validation des données</p> <p>84. Existence d'un chargé de suivi-évaluation au niveau des OBC pour la saisie des données Endos-BF</p> <p>85. Existence d'application d'aide à la réalisation des activités ASBC (e-SanteCoM)</p> <p>86. Existence d'une plateforme de gestion des ASBC (PGA)</p> <p>87. Existence d'un système d'information communautaire centré sur les ASBC</p> <p>88. Existence de plusieurs Master Facility List (MFL)</p> <p>89. Existence de deux (02) Postes de santé communautaire</p> <p>90. PTG_Digitalisation</p> <p>91. Existence de programmes chargés de la construction des postes de santé communautaire (PRSS-ASN, PSSR)</p> <p>92. Expérience réussie des PSC déjà existants et fonctionnels</p> <p>93. Existence d'un mécanisme de motivation des ASBC</p> <p>94. Existence d'une ligne budgétaire au niveau du MSHP</p> <p>95. Recrutement et formation des</p> <p>96. ASBC et personnel des OBC</p> <p>97. Création et recrutement du corps des agents de santé communautaire (ASC)</p> <p>98. Appui institutionnel à la société civile</p> <p>99. Équipement des ASBC et OBC</p> <p>100. Couverture géographique des services à base communautaire (SBC) à l'échelle nationale (97% en ASBC et 100% en OBC)</p> <p>101. Existence de modules de formation harmonisés des ASBC et des animateurs des OBC</p>	<p>129. Insuffisance de compétences des ICP dans l'utilisation de l'outil numérique pour l'accompagnement des ASBC</p> <p>130. Absence de formation continue des acteurs sur l'utilisation de la plateforme de gestion des ASBC</p> <p>131. Insuffisance de formation continue des OBC sur l'utilisation de l'Endos-BF</p> <p>132. Faible fidélisation des ASBC dans l'exécution de ses activités via le terminal numérique</p> <p>133. Absence d'une application d'aide à la réalisation des activités des OBC</p> <p>134. Absence d'une plateforme de gestion des OBC</p> <p>135. Non extension de MFL aux Postes de santé communautaires (PSC)</p> <p>136. Extension de e-SanteCoM</p> <p>137. Insuffisance du nombre de PSC.</p> <p>138. Insuffisance de ressources humaines qualifiées en santé communautaire</p> <p>139. Absence de VN-ASBC dans certaines zones urbaines et périurbaines</p> <p>140. Insuffisance de motivation financière des acteurs communautaires (OBC, ASBC)</p> <p>141. Mobilité des ASBC et des animateurs des OBC</p> <p>142. Faible capacité (compétence, financière) des structures d'appui et d'encadrement des acteurs communautaires à tous les niveaux du système de santé ;</p> <p>143. Difficulté dans la mobilisation des ressources financières pour tenir les cadres de concertations Ruptures fréquentes en intrants au niveau communautaire</p> <p>144. Insuffisance de la logistique et les équipements</p> <p>145. Difficultés d'application des critères de recrutement</p> <p>146. Faible accessibilité financière des populations aux SBC</p> <p>147. L'absence d'harmonisation des approches communautaires</p> <p>148. La non couverture de certaines zones du fait de l'insécurité</p> <p>149. Faible capitalisation à base communautaire</p> <p>150. La non disponibilité des guides de mise en œuvre auprès des acteurs de mise en œuvre</p> <p>151. Insuffisance de recherche sur les IBC</p> <p>152. Insuffisance de la tenue des cadres de concertation</p> <p>153. Faible équipement des ASBC</p> <p>154. Faible disponibilité des intrants</p> <p>155. Absence d'élaboration d'un rapport annuel de mise en œuvre des IBC</p> <p>156. Insuffisance dans l'implication des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la santé communautaire</p> <p>157. Faible motivation des acteurs communautaires</p> <p>158. Le paquet d'activité des ASBC est étendu</p> <p>159. L'absence d'une grille d'évaluation harmonisée des ASBC</p> <p>160. L'absence d'un arrêté portant sur les primes de réalisation des activités des ASBC</p> <p>161. L'absence de la fixation d'un temps imparti de travail de l'ASBC</p> <p>162. Non maîtrise des effectifs des ressources humaines en santé communautaire</p> <p>163. Insuffisance de spécialistes en santé communautaire</p> <p>164. L'inexistence d'un plan de carrière pour les agents de santé à base communautaire</p> <p>165. La non-valorisation de la profession d'acteur communautaire</p> <p>166. Le nombre d'ASBC n'est pas à jour</p>	<p>acteurs en matière santé numérique</p> <p>51. Existence de compagnie de téléphonies mobiles et de fournisseurs d'accès à internet</p> <p>52. Fabrication de matériels informatiques par des entreprises locales</p> <p>53. Accès à internet via le RESINA</p> <p>54. Existence de PTF pour l'accompagnement dans l'acquisition du matériel numérique</p> <p>55. Existence d'un mécanisme de motivation des ASBC</p> <p>56. Initiative présidentielle pour le développement communautaire</p>	
---	--	---	--

<p>102. Bonne couverture nationale des SBC 103. Mise en œuvre effective de la gratuité des soins 104. Volonté politique 105. Existence d'une cartographie des acteurs des IBC 106. Existence d'une Stratégie nationale de résilience sécuritaire 107. Ressources humaines qualifiées 108. Disponibilité des ressources humaines pour la mise en œuvre des interventions à base communautaire 109. Il y a une dotation en matériel pour la mise en œuvre des IBC 110. Existence de documents programmatiques et des outils de gestion des IBC 111. Engagement des acteurs communautaires (ASBC et animateurs des OBC et autres), 112. Acceptation des ASBC par la communauté. 113. La présence des femmes ASBC facilitent la mise en œuvre des IBC 114. Existence de structures de coordination de santé communautaire 115. Existence de COGES 116. Existence d'une organisation d 117. Système national de santé qui prend en compte la santé communautaire</p>	<p>167. Insuffisance dans la gestion du matériel (absence d'outils, faible traçabilité du matériel de la mise en œuvre des IBC du fait de la mise en œuvre des IBC 168. Il y a une non-maitrise de l'état des lieux du matériel de mise en œuvre des IBC 169. Insuffisance de ressources financières pour la mise en œuvre des IBC ; 170. Désignation non consensuelle de certains acteurs communautaires ; 171. La faible prise en compte de la dimension genre dans le recrutement des acteurs communautaires 172. Faible implication des autorités coutumières et religieuses 173. Faible renseignement de la plateforme de la gestion des ressources humaines en santé communautaire 174. Insuffisance d'harmonisation des interventions de santé communautaire entre les différents ministères 175. Absence d'harmonisation des messages entre les différents acteurs 176. Non régularisation de la situation des 17648 ASBC 177. Absence de synergie d'action entre les différents acteurs intervenants dans le domaine de la santé communautaire 178. Faible capitalisation des interventions de santé communautaire 179. Non harmonisation du paquet de prestation entre les ASBC 180. Non prise en compte de la santé communautaire dans l'organigramme du ministère de la santé et de l'hygiène publique 181. Non implication des acteurs des hôpitaux dans la santé communautaire, 182. La faible implication des communautés dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des Interventions à base communautaire</p>		
--	--	--	--

Tableau VII : Cohérence interne entre l'objectif global, l'impact attendu, les axes d'intervention, les objectifs stratégiques et les effets attendus

Objectif global (OG)	Impact/Axes stratégiques	Objectifs Stratégiques (OS)	Effets attendus (EA)	Politiques sectorielles
Intitulé de la Stratégie : Stratégie nationale de santé communautaire 2024-2028				
OG : AMÉLIORER LES INTERVENTIONS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE POUR L'ATTEINTE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE.	AXE-1: RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE	Objectif stratégique 1.1: Améliorer le pilotage des interventions à base communautaire	EA.1.1.1 : Les textes juridiques et les référentiels techniques en matière de santé communautaire sont renforcés	OS1-PNDS : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre
			EA.1.1.2 : La collaboration intra et inter sectorielle et la coordination des interventions à base communautaire sont efficaces	
			EA.1.1.3 : La planification, le suivi, l'évaluation et la capitalisation dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire sont efficaces	
			EA.1.1.4 : La mobilisation et la gestion des ressources financières sont performantes	
		Objectif stratégique 1.2: Promouvoir le genre et l'équité en matière de santé communautaire	EA.1.2.1 : L'approche genre est intégrée aux interventions de santé communautaire	
			EA.1.2.2 : L'Équité en matière de santé communautaire est promue	
AXE-2: RENFORCEMENT DE L'ACCÈS DES POPULATIONS AUX SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	Objectif stratégique 2.1: Accroître l'accessibilité physique et géographique des services de santé communautaires à toute la population	EA 2.1.1: Les services de santé communautaires sont proches des populations	OS3-PNDS : Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU) ; OS4-PNDS : Adoption par la	
	Objectif stratégique 2.2 : Améliorer l'accessibilité financière et l'acceptabilité socio-culturelle des services de santé communautaires	EA 2.2.1 : Les populations bénéficient effectivement des services de santé communautaires sans risque financier		

		EA 2.2.2 : Les communautés acceptent les services de santé communautaires mis en place	population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et à l'accélération la transition démographique ;
AXE-3 : RENFORCEMENT DE L'OFFRE ET DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	Objectif stratégique 3.1: Renforcer les capacités techniques et fonctionnelles des prestataires des services de santé communautaires	EA. 3.1.1 : Les ressources humaines en santé communautaire sont compétentes et motivées	OS5-PNDS : Amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires.
		EA. 3.1.2 : Les ressources matérielles répondant aux normes de qualité, sont disponibles	
	Objectif stratégique 3.2 : Accroître l'offre des services de santé communautaire de qualité	EA 3.2.1 : Les populations bénéficient des prestations de services préventifs, promotionnels, curatifs et de soutien de santé communautaire	
		EA 3.2.2: Les populations bénéficient d'un paquet de prestations de services de santé communautaire en situation de crise	
		EA 3.2.3 : Les approches innovantes en santé communautaire sont mises en œuvre	
Objectif stratégique 3.3 : Renforcer l'engagement communautaire	EA 3.3.1: La participation des populations aux prestations de service de santé communautaire est accrue		
AXE-4 : ACCÉLÉRATION DE LA NUMÉRISATION INTÉGRALE DES INTERVENTIONS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	Objectif stratégique 4.1: Consolider les actions de numérisation des interventions de santé communautaire	EA 4.1.1 : Les outils numériques sont utilisés dans les conditions optimales par les acteurs à tous les niveaux	OS1-PNDS : Renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre
		EA 4.1.2 : L'information produite par la numérisation des interventions de santé communautaire est disponible	
	Objectif stratégique 4.2: Accroître la couverture de la numérisation des interventions de santé communautaire	EA 4.2.1 : Les interventions de santé communautaire sont intégralement numérisées	

Figure 2 : Interrelations des instances et organes de coordination et suivi des interventions de santé communautaire à tous les niveaux

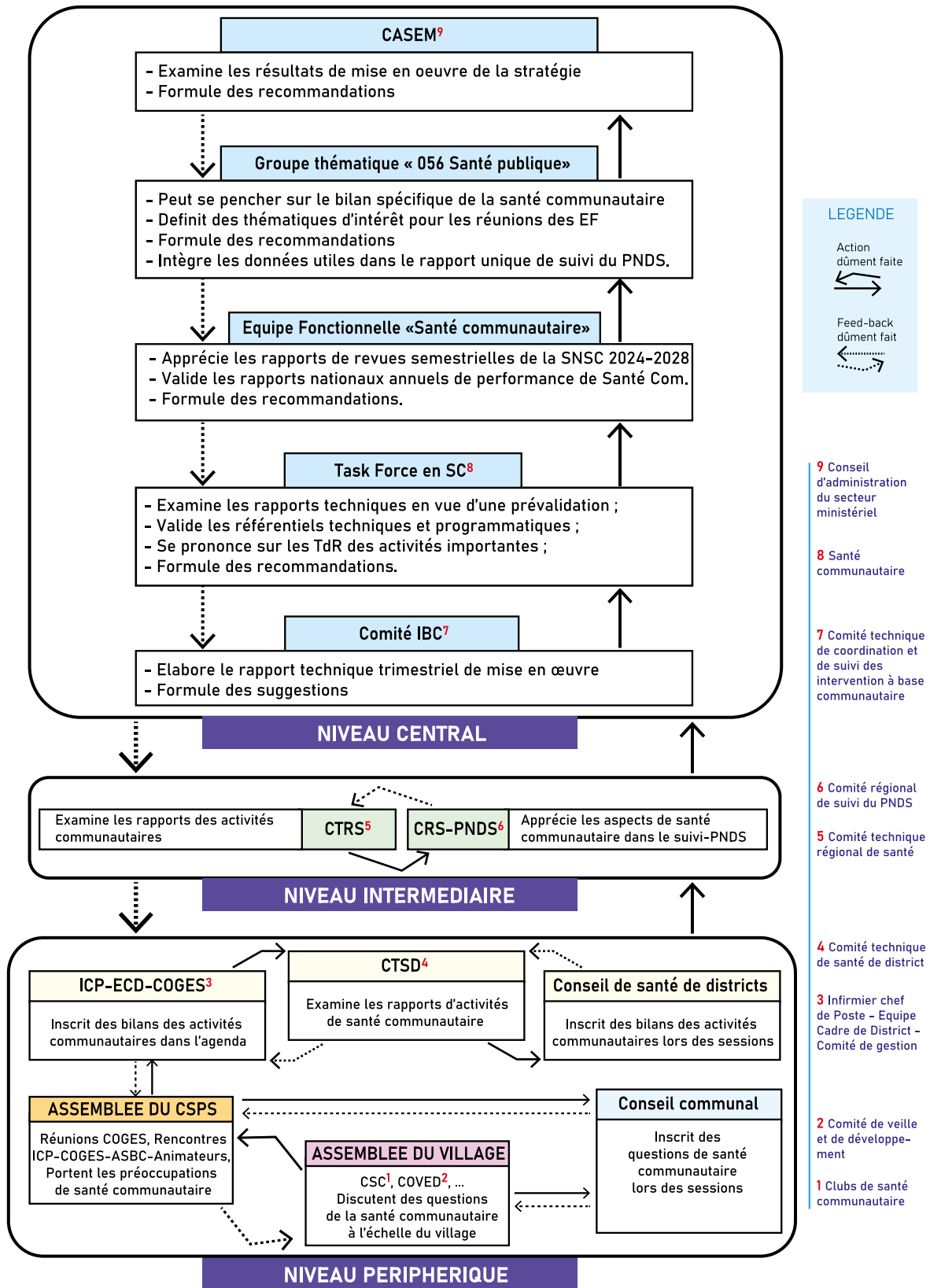


Tableau IX : Rôles des acteurs communautaires

Auteurs	Rôles	Paquet de services
ASBC	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir à la population des services de santé primaires essentiels directement aux membres de la communauté en se concentrant sur la prévention, la promotion de la santé, le dépistage, le traitement des maladies courantes, la référence des cas complexes¹⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> - mettre en œuvre le paquet SBC ; - assurer la mobilisation des membres de la communauté pour les activités d'IEC/CCSC, campagnes de vaccination; - participer à la mise en œuvre des activités communautaires ; - rendre compte à la communauté du bilan de la mise en œuvre des SBC lors des assemblées générales du village.²⁰
ASC	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnel de la santé formé et mandaté pour fournir des services de santé primaires au sein de la communauté. Son rôle est essentiel dans l'amélioration de la santé dans les zones rurales où les services de santé formels peuvent être limités²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> - effectuer des séances de sensibilisation dans la communauté, - faire l'Information Éducation Communication 'Communication pour le Changement de Comportement aux malades et à la communauté, - effectuer des visites à domicile pour identifier les malades, les femmes enceintes, les nouveau-nés et les nourrissons et les orienter vers une formation sanitaire; - organiser la distribution à base communautaire des produits de santé ; - réaliser des activités de promotion de la participation communautaire - promouvoir la collaboration intra et inter sectorielle - encadrer la communauté dans la réalisation des travaux d'hygiène et d'assainissement de base , - participer aux travaux d'aménagement et de désinfection des points d'eau et des lieux insalubres ; mobiliser la communauté pour les activités préventives ; - encadrer et superviser les agents de santé à base communautaire et relais communautaires . - Organiser les services à base communautaire; - collecter les données en matière de santé communautaire ; assurer l'encadrement des stagiaires ; - exécuter toute autre tâche connexe confiée par le supérieur hiérarchique dans le cadre réglementaire.
Animateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter les activités des programmes ou des événements visant à promouvoir le 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser et diriger les activités éducatives et de sensibilisation dans les communautés, portant sur des sujets tels la santé, l'éducation, les droits de l'homme, l'environnement, etc. - Identifier les besoins sociaux

¹⁹ Guide de gestion des acteurs intervenant dans le domaine de la santé communautaire

²⁰ Document de profil de I4asbc 2021

²¹ RME santé humaine et animale

	développement social, culturel ou éducatif au sein de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser les activités visant à renforcer le tissu social à favoriser l'inclusion et à lutter contre l'inclusion sociale - Faciliter la participation des membres de la communauté à des projets de développement local - Renforcer les capacités à travers la formation des leaders communautaires et aux groupes locaux pour améliorer leurs compétences en gestion des projets, en communication, en résolution des conflits
Conseillers psycho-social	<ul style="list-style-type: none"> - Aider les individus à faire face à des problèmes émotionnels, relationnels ou comportementaux en les écoutant activement en les conseillant et en les guidant vers des solutions appropriées. Leur objectif est de renforcer les connaissances et les compétences nécessaires pour améliorer le bien-être de la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer une écoute active des préoccupations et des problèmes des individus sans porter de jugement, créant ainsi un espace sûr pour s'exprimer, - évaluer la situation de chaque personne de manière holistique en prenant en compte différents aspects de leur vie, la famille, le travail, les relations sociales, etc. - Offrir des conseils et des orientations sur la façon de faire face aux défis spécifiques rencontrés par les individus, en les aidant à trouver des solutions appropriées - Fournir un soutien émotionnel en aidant les personnes à exprimer leurs émotions, à comprendre leurs sentiments et à développer des mécanismes d'adaptation sains - Orienter les personnes vers d'autres professionnels ou ressources spécialisées si nécessaire²²
Pairs-éducateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir des conseils, des informations et un soutien à ses pairs sur les questions de santé, d'éducation et de bien-être. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser leurs pairs aux enjeux de la santé publique tels que la planification familiale, l'hygiène, la nutrition, la prévention des maladies transmissibles - Encourager l'adoption de comportements favorables à la santé en organisant des séances d'éducation, de discussion de groupe, des démonstrations pratiques, des activités ludiques - Mobiliser et organiser la communauté autour des questions de santé - Assurer le suivi de leurs pairs et évaluer l'impact de leurs interventions sur les comportements et les attitudes de la communauté
Accoucheuses villageoises dans les zones à défi sécuritaire	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir des soins à la mère et au nouveau-né 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir des soins prénatals aux femmes enceintes y compris des consultations, des conseils en matière de nutrition et de santé et les préparatifs pour l'accouchement - Assurer le suivi postnatal pour veiller à ce que les mères et les nouveau-nés se rétablissent correctement - Sensibiliser les femmes enceintes et la communauté aux bonnes pratiques de santé maternelle - Référer des cas de complications pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum - Distribuer les contraceptifs et des conseils en matière de planification familiale - Collaborer étroitement avec les agents de santé communautaire, les sages-femmes et d'autres prestataires de santé au niveau local²³

²² Évaluation des agents de santé communautaire polyvalents au Burkina Faso

²³ Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso, Rapport final 2011.