

**MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

SECRETARIAT GENERAL

**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

**DIRECTION DE LA SANTÉ
DE LA FAMILLE**



BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

**PLAN DE PASSAGE A GRANDE ECHELLE DE L'INTEGRATION DES SERVICES
DE SANTE REPRODUCTIVE, MATERNELLE, NEONATALE, INFANTILE,
DE L'ADOLESCENT ET DE NUTRITION AU BURKINA FASO 2023-2027**

Mai 2023

PRÉFACE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a appelé à l'action pour la fourniture de soins de santé primaires intégrés centrés sur la personne qui constituent la pierre angulaire de la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Dans le cadre de l'initiative INSPiRE, cette offre de services intégrés prend en compte la planification familiale du post partum (PFPP), la Santé maternelle néonatale, infantile (SMNI) et la Nutrition aux points de contact des mères et leurs nourrissons avec le système de santé. Les plateformes ou points de contacts de la SRMNI les plus utilisés sont la CPN, l'accouchement, la CPoN et la consultation du nourrisson sain (CNS) /Vaccination.

L'intégration des services est un principe fondamental inscrit dans plusieurs politiques et documents stratégiques à l'échelle mondiale et dans de nombreux pays du Partenariat de Ouagadougou (PO). Cependant, elle reste un défi opérationnel.

Le Burkina Faso est l'un des pionniers dans la mise en œuvre du modèle d'intégration des services de PFPP/SMNI/Nutrition avec l'accompagnement de l'initiative INSPiRE à travers l'adaptation des documents stratégiques au contexte du pays pour prendre en compte l'intégration des services.

Cette expérience a été entreprise par le Groupe technique de travail (GTT) Intégration, avec l'appui technique et financier de IntraHealth International. Cela a permis d'implémenter dans le district sanitaire de Pô une phase pilote de l'initiative INSPiRE sur la période 2018-2020 qui a été étendue à l'ensemble de la région du Centre-Sud de 2021 à 2023. Cette initiative s'est traduite par l'intégration effective des services de PFPP/SMNI/Nutrition dans les formations sanitaires publiques concernées.

C'est fort des résultats atteints, qu'un plan de passage à grande échelle (PAGE) a été élaboré suivant un processus participatif et itératif pour consacrer la généralisation de la stratégie à l'ensemble du pays à partir de 2023, en prenant en compte le secteur privé ainsi que le volet communautaire, maillon essentiel de la mise en œuvre des soins de santé primaires.

Malgré le contexte national marqué par les défis sécuritaires, je sais compter sur l'engagement des partenaires et des résilientes communautés pour garantir l'acceptabilité et la durabilité de ces interventions innovantes.

J'adresse mes remerciements anticipés à tous les acteurs du système de santé qui vont s'approprier ce plan et donner le meilleur d'eux-mêmes pour sa mise en œuvre réussie.

Ensemble, nous pouvons contribuer à l'amélioration de l'état de santé de nos populations.

Le Ministre de la santé et de l'hygiène publique



Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU

Officier de l'Ordre de l'Étalon

TABLE DES MATIÈRES	
PRÉFACE	1
TABLE DES MATIÈRES	3
LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX	7
RÉSUMÉ	8
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	10
II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE	12
2.1. Contexte géographique	12
2.2. Contexte démographique	12
2.3. Contexte politique	13
2.4. Contexte administratif	14
2.5. Contexte socio-économique et culturel	14
2.6. Contexte sécuritaire et humanitaire	16
2.7. Fondements historiques et organisation du système de santé	16
2.8. Cadre juridique de la santé et du droit à la santé	18
2.9. Gaps d'intégration des services SRMNIA-N	19
2.9.1. Organisation des services ne favorisant pas l'intégration	19
2.9.2. Compétences des prestataires	19
2.9.3. Infrastructures et produits.....	20
2.10. Bilan de la stratégie antérieure au niveau des formations sanitaires pilotes	20
2.11. Forces et les faiblesses	21
2.12. Opportunités et menaces à l'intégration des services de SRMINA-N.....	22
2.13. Les grands défis à relever	22
III. ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE	23
3.1. Fondements.....	23
3.2. Vision	23
3.3. Principes directeurs.....	23
3.4. Objectif général.....	24
3.5. Résultats attendus.....	24
3.6. Chaîne des résultats et lien avec la SNDS 2021-2025.....	25
IV. DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION	28
4.1. Dispositions de mise en œuvre	28

4.1.1. Instruments de mise en œuvre	28
4.1.2. Acteurs de mise en œuvre	28
4.1.3. Cadre organisationnel	28
4.2. Suivi-évaluation du plan.....	29
4.2.1. Instances de suivi-évaluation.....	29
4.2.2. Les acteurs et leurs rôles	30
4.2.3. Les stratégies de suivi et d'évaluation.....	32
V. BUDGETISATION	34
5.1. Hypothèses de budgétisation	34
5.2. Coût global.....	34
VI. ANALYSE ET LA GESTION DES RISQUES.....	35
VII. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN	37
VIII. CADRE DE RENDEMENT DU PLAN DE PASSAGE À L'ÉCHELLE DE LA STRATÉGIE D'INTÉGRATION DE LA SRMNIA-N.....	48
CONCLUSION.....	60
ANNEXE	61

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CASEM :	Conseil d'administration des secteurs ministériels
CNRS :	Consultation de nourrisson sain
CPN :	Consultation prénatale
CPoN :	Consultation post natale
CODI :	Conseil de direction
CONASUR :	Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation
COVID-19:	Corona virus disease en 2019
CSD :	Cadre sectoriel de dialogue
CSU :	Couverture sanitaire universelle
CTRS :	Comité technique régional de santé
DRSHP :	Direction régionale de la santé et de l'hygiène publique
DS	District sanitaire
ENDOS :	Entrepôt des données sanitaires
FS :	Formation sanitaire
GTT :	Groupe technique de travail
INSPIRE :	Intégration nutrition, soins essentiels nouveau-né et planification familiale post partum/ santé reproductive
IRSS :	Institut de recherche en science de la santé
ISF :	Indice synthétique de fécondité
MSHP :	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
ODD :	Objectifs de développement durable
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PAGE :	Passage à grande échelle
PDI :	Personne déplacée interne
PFPP	Planification familiale du post partum
PIB :	Produit intérieur brut
PNDS :	Programme National de développement sanitaire

PO :	Partenariat de Ouagadougou
PTF :	Partenaire technique et financier
SMNI :	Santé maternelle, néonatale et infantile
SR	Santé de la reproduction
SRMNI :	Santé de la reproduction, maternelle néonatal et infantile
SRMNIA-N :	Santé de la reproduction, maternelle néonatal, infantile et de l'adolescent-Nutrition
SSP :	Soins de santé primaires
PSN :	Politique sanitaire nationale
PSS :	Politique sectorielle santé
RGPH :	Recensement général de population et de l'habitat
USD :	United state dollar

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Chaine des résultats.....	25
Tableau 2 : Mesures d'atténuation du risque.....	35
Tableau 3 : Planning opérationnel.....	37
Tableau 2 : Cadre de rendement du plan de passage à l'échelle de la stratégie d'intégration de la SRMNIA-N	48

RÉSUMÉ

L'intégration des services de santé centrés sur la personne pour les pays à faibles ressources pour faire face aux défis de mortalité est prônée et recommandée par l'OMS depuis 1978 à Alma-Ata. Une évaluation de base réalisée dans certaines formations sanitaires au Burkina Faso a révélé l'existence de barrières à l'intégration des services qui sont entre autres : i) une organisation des services qui ne favorise pas l'intégration, ii) une faible compétence des prestataires en intégration des services et iii) une insuffisance en termes d'infrastructures et de produits de santé. Dans sa quête permanente pour le bien-être des populations et pour palier à cette situation le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP), en collaboration avec IntraHealth International et ses partenaires, a implémenté depuis 2018, dans le DS de Pô la stratégie « intégration des services de PFPP/SMNI/Nutrition » dénommé INSPiRE. Elle a permis d'améliorer de manière significative les indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile de ces formations sanitaires dites sites du Modèle d'excellence d'intégration des services. L'intervention a été étendue à l'échelle de tout le DS et ensuite de toute la région du Centre-Sud et les résultats étaient satisfaisants.

Au regard de l'amélioration des indicateurs, de la satisfaction des bénéficiaires des soins, de la motivation et l'engagement des autorités sanitaires à mobiliser les ressources et les PTF, un plan de passage à l'échelle a été élaboré à travers un processus participatif, inclusif et itératif pour passer l'intégration des services de SRMNIA-Nutrition à l'échelle du pays. La présente stratégie de passage à grande échelle de l'intégration des services SRMNIA-N au Burkina Faso est alignée avec les référentiels nationaux de développement.

Le plan PAGE détaille les interventions pour une mise en œuvre effective de l'intégration des services en cohérence avec l'ensemble des politiques et programmes de la santé de la mère et de l'enfant. Le plan comporte trois effets : Effet 1 le pilotage et la coordination des interventions relatives à l'intégration des services au niveau stratégique, intermédiaire et opérationnel sont renforcés, Effet 2 la demande et l'offre de services intégrés de SRMNIA-N sont renforcées au niveau des formations sanitaires publiques, privées et communautaire et Effet 3 les ressources humaines en santé disponibles, motivées et compétentes mettent en œuvre les interventions en SRMNIA-N de manière adéquate

Neufs produits et soixante-deux (62) activités avec chacune une fiche technique détaillant les éléments de budgétisation.

Le plan de passage à l'échelle sera mis en œuvre à travers les plans de travail annuel (PTA) des structures impliquées dans sa mise en œuvre. Un GTT est mis en place par arrêté du ministre en charge de la santé pour le suivi de la mise en œuvre de la stratégie. Le suivi-évaluation se fera à travers les instances existantes du MSHP.

Le coût global de la stratégie de passage à l'échelle nationale de l'intégration des services de SRMNIA-Nutrition s'élève à 22 201 150 710 de francs CFA sur la période allant de 2023 à 2027.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978 sur les Soins de santé primaires (SSP), l'OMS a recommandé l'intégration des services dans tous les pays à faibles ressources pour pouvoir faire face aux défis de mortalité. Aussi en 2016 à la 69^{ème} Assemblée mondiale de la santé à Genève, cette recommandation a été rappelée à l'ensemble des pays. Lors de la conférence mondiale sur les SSP en 2018 tenue à Astana, cette approche a été prise en compte avec l'intégration du concept des soins centrés sur la personne et considérée comme une intervention à haut impact de résultats. Elle permet de réduire les opportunités manquées pour les services de SRMNI et de Nutrition pour améliorer l'adoption et l'utilisation de ces services et progresser vers la couverture sanitaire universelle telle que prévue par les ODD. Plusieurs modèles d'intégration ont été développés et testés récemment au niveau opérationnel dans plusieurs pays de la sous-région africaine et ont montré leur efficacité avec des niveaux de succès variables.¹

Au Burkina Faso, l'intégration des services est consignée dans plusieurs documents politiques et stratégiques comme principe fondamental pour la disponibilité et la qualité des services (Politique sectorielle santé 2018-2027, PNDS 2021-2030, Stratégie programme budgétaire 056). Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) à travers le Groupe technique de travail (GTT) intégration, avec l'appui technique et financier de IntraHealth International, met en œuvre, depuis 2018 dans le District sanitaire (DS) de Pô dans le Centre-Sud (Manga), l'approche « Soins de SRMNI-Nutrition intégrés centrés sur le client ». Elle vise à renforcer l'intégration de la Planification familiale, des Soins maternels, néonataux, infantiles et de Nutrition (PF/SMNI/Nutrition) en exploitant les opportunités d'intégration des services, des politiques et des programmes.

La stratégie d'intégration des services de PFPP/SRMNI/Nutrition a donné des résultats probants en ce qu'elle a permis d'améliorer de manière significative les indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile.

Au regard de cet effet positif sur les indicateurs, de la satisfaction des bénéficiaires des soins, de la motivation et l'engagement des autorités sanitaires à mobiliser les ressources et les PTF et surtout de la forte promesse de financement à travers les

¹(Cooper et al. 2015 ; Dulli et al. 2016 ; Bassyns, Miyé et Vlerberghe 2002 ; Blazer at Prata 2016 ; Mayhew et al., 2016).

fonds catalytiques (Pooling fund) , un plan a été élaboré et budgétisé pour passer l'intégration des services de SRMNI/Nutrition à l'échelle du pays .Ce plan se base sur les dimensions « physique », « temporelle », « prestataire » et « fonctionnelle » de l'intégration. Il détaille les interventions pour une mise en œuvre effective de l'intégration des services en cohérence avec l'ensemble des politiques et programmes de santé de la mère et de l'enfant.

II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE

2.1. Contexte géographique

Le Burkina Faso est un pays sahélien, enclavé, d'une superficie d'environ 274 200 km² et limité par le Mali (Nord-Ouest), le Niger (Nord-Est), le Bénin (Sud-Est), la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo (Sud). Le climat est tropical de type soudanien dans son ensemble, alternant une saison sèche de novembre à avril et une saison pluvieuse de juin à septembre. Les mois d'octobre et de mai sont des mois de transition. La végétation est de type soudano-sahélien avec une pluviométrie moyenne annuelle variant de 300 mm au Nord à plus de 1200 mm au Sud-ouest

2.2. Contexte démographique

Avec un taux d'accroissement démographique de 3,1% et de 2,9% par an respectivement sur les périodes 1996-2006 et 2006-2019, la population burkinabè croît à un rythme élevé faisant passer l'effectif de la population de 10 312 609 habitants en 1996 à 14 017 262 habitants en 2006 puis 20 487 979 habitants en 2019. Cette population compte plus de femmes que d'hommes avec 51,7% de femmes en 2019. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 46,68% de l'ensemble de la population féminine et 24,14% de la population totale du pays soit en termes absolus 4 945 131 femmes en âge de procréer en 2019. La population est en majorité rurale et analphabète. En 2019, 73,7% de la population vivaient en milieu rural contre 26,3% en milieu urbain. Seulement 23% des femmes et 38% des hommes sont considérés comme étant alphabétisés et les proportions de femmes et d'hommes sans niveau d'instruction s'élevaient à 74% et 59% respectivement. Ainsi, les femmes sont plus défavorisées que les hommes en matière d'accès à l'éducation. La proportion des femmes sans instruction est plus de 2 fois plus élevée en milieu rural (86,5%) qu'en milieu urbain (40,1%). Ces inégalités d'accès à l'éducation chez les femmes s'observent également entre les régions, les plus défavorisées étant le Sahel (92,4% sans instruction), l'Est (89,0%) et le Centre-Nord (87,1%).

De la forte croissance démographique résulte une population à forte composante jeune. En effet, les enfants de moins de 5 ans et ceux de moins de 15 ans représentent respectivement 16,21% et 45,31% de l'ensemble de la population et seulement 3,35% ont 65 ans ou plus. Cette situation se traduit par un rapport de dépendance d'environ 100%.

La forte croissance et la jeunesse de la population sont la résultante d'une fécondité élevée et d'une mortalité également élevée, bien qu'en baisse. L'indice synthétique de fécondité (ISF) a pris une tendance à la baisse depuis lors et est passé à 6,8 en 1996 à 6,2 en 2006 et à 5,4 en 2019. Selon le milieu de résidence, l'ISF est de 4,1 enfants par femme au niveau urbain et de 5,8 enfants par femme au niveau rural.

L'âge moyen à la procréation est de 30,7 ans au Burkina Faso. Les femmes vivant en milieu rural ont une fécondité légèrement plus précoce et plus élevée que celles du milieu urbain. L'âge moyen à la procréation est de 29,9 ans chez les femmes vivant en milieu rural et de 31,4 ans en milieu urbain.

De fortes inégalités sont également observées entre les régions. Selon le RGPH 2019, l'indice synthétique le plus élevé est enregistré dans la région de l'Est où il est de 7,2 enfants par femme. On note par ailleurs que les régions du Centre-Nord, du Nord et du Sahel ont aussi des niveaux de fécondité élevés avec des ISF de 6,2 et 6,6 enfants par femme. Les régions du Centre et du Centre-Sud présentent, quant à elles, les ISF les plus faibles qui s'élèvent respectivement à 4,5 et à 4,6 enfants par femme.

Le taux de fécondité varie avec l'âge des femmes. Il atteint son niveau le plus élevé entre 25-29 ans, avec une valeur de 241,0‰. Au-delà de ce groupe d'âge, le déclin de la fécondité s'amorce. À la fin de la vie féconde, le taux de 69,2‰ reste encore relativement élevé.

2.3. Contexte politique

Le pays a adopté sa constitution en 1991 et organise régulièrement des élections présidentielles, législatives et communales. En matière de gouvernance politique, le pays s'est engagé dans une voie démocratique. La constitution prévoit trois pouvoirs : le pouvoir exécutif, le législatif et le judiciaire.

Depuis plus de six (06) ans, le Burkina Faso est confronté à une crise sécuritaire particulièrement éprouvante qui a eu des répercussions humanitaire, sociale et économique sans précédent. Cette situation s'est superposée à une crise de gouvernance qui a conduit à des changements institutionnels dans la gestion du pouvoir d'État, le 24 janvier 2022 et le 30 septembre 2022, respectivement.

Pour la conduite de l'action publique, les autorités ont souhaité fédérer les énergies de l'ensemble des Burkinabè afin de poser les bases d'un Burkina Faso nouveau. Cette volonté s'est traduite par l'élaboration des projets de charte constitutionnelle, de charte des valeurs et d'un Agenda de la Transition qui ont été enrichis et adoptés par les forces vives de la Nation réunies en assises nationales les 28 février et 1er mars 2022. A la suite de la rectification de la Transition intervenue le 30 septembre 2022, une nouvelle charte constitutionnelle de la Transition a été adoptée par les forces vives de la nation, réunies en assises nationales le 14 octobre 2022. La charte du 14 octobre 2022 assigne à la Transition, six missions principales, à savoir : (i) rétablir et renforcer la sécurité sur l'ensemble du territoire national ; (ii) apporter une réponse urgente, efficace et efficiente à la crise humanitaire ; (iii) promouvoir la bonne gouvernance et lutter contre la corruption ; (iv) engager des réformes politiques, administratives et institutionnelles en vue de renforcer la culture démocratique et consolider l'Etat de droit ; (v) œuvrer à la réconciliation nationale et à la cohésion sociale et (vi), assurer l'organisation d'élections libres, transparentes et inclusives. Cette charte est mise en œuvre à travers le plan d'action pour la stabilisation et le développement 2023-2025.

2.4. Contexte administratif

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

2.5. Contexte socio-économique et culturel

Après les chocs externes des années 2014 et 2015, l'économie burkinabè a connu un net rebond en 2016 (+4,4%) suivi par une phase de consolidation qui a porté la croissance jusqu'à 6,7% en 2018. En 2020, la croissance est tombée à 2,5% sous les effets conjugués de la pandémie de la COVID-19, de l'insécurité persistante et de la poursuite des mouvements de revendications sociales. La même année, le pays est classé parmi les pays les moins avancés avec un PIB/habitant de l'ordre de 768,8 USD. Malgré les progrès réalisés, le Burkina Faso reste confronté à des défis de développement, notamment en matière de santé et d'éducation. Classé 140^{ème} sur 157 dans le nouvel indice du capital humain 5 (0,379) établi par la Banque mondiale (2020), le pays a 40,1 % de sa population vivant sous le seuil national de

pauvreté avec un revenu national brut par habitant de 650 USD en 2016 et une incidence de pauvreté passée de 13,7% en 2014 à 10,0% en 2018 (INSD-Burkina Faso).

Le tissu économique du Burkina Faso est peu diversifié. Le secteur primaire (20,1% du PIB) est principalement porté par la culture du coton et une agro-industrie peu développée. Le secteur secondaire (29,3 % du PIB) est constitué des secteurs miniers qui représentent 15% du PIB, le secteur bâtiments et travaux publics et le secteur manufacturier. Enfin, le secteur tertiaire (50,6% du PIB) bénéficie en particulier du développement des services financiers et des télécommunications.

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

Les problèmes de sécurité alimentaire sont récurrents et la malnutrition reste très importante : environ 30% de la population est confrontée à une insécurité alimentaire chronique.

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

Toutefois, le choix d'équipements médicotechniques au moment opportun constitue un enjeu stratégique. En effet, l'obsolescence des appareils est de plus en plus rapide et la disponibilité des pièces de rechange pose problème, d'où la nécessité de la mise en place d'une veille technologique (PNDS 2021-2030 Page 11)

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques possédant chacune ses traditions et ses manifestations culturelles. L'organisation sociale fait apparaître deux groupes socioculturels : un groupe fortement hiérarchisé avec un chef à sa tête et un groupe dont l'organisation est essentiellement basée sur le droit d'aînesse. Les inégalités relevées au niveau socioculturel concernent : i) la persistance de la préséance du garçon par rapport à la fille dans le choix des naissances, dans le droit de succession et le droit de propriété, ii) les inégalités et disparités nées de la

répartition du travail selon le sexe. Certaines pratiques traditionnelles comme le lévirat, l'excision, le mariage d'enfant, les violences physiques, les mariages précoces et forcés sont néfastes pour la santé. Toutes ces pratiques ont des conséquences négatives sur l'état de santé des femmes et des hommes. A l'opposé, le riche savoir des tradipraticiens de santé constitue une source de la pharmacopée africaine à valoriser.

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

2.6. Contexte sécuritaire et humanitaire

Depuis la fin de l'année 2015, le climat sécuritaire au Burkina Faso s'est aggravé par la recrudescence et la multiplicité des attaques armées perpétrées dans le pays. L'insécurité exacerbée par les attaques terroristes est à l'origine d'une crise humanitaire sans précédente. En effet, elle a provoqué des déplacements massifs de populations. Alors que le pays comptait moins de 50 000 personnes déplacées internes (PDI) en janvier 2019, on en recensait 1.902.150 en Avril 2022, selon un rapport du Comité national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR). Cette population de PDI est composée de 53% de femmes contre 47% d'hommes, et compte environ 52% de moins de 15 ans. A la même date du 30 Avril 2022, 4 148 établissements scolaires étaient fermés affectant 685 935 élèves soit 328 682 filles (47,92%) et 357 253 garçons (52,08%), ainsi que 20 104 enseignants soit 6 452 femmes (32,10%) et 13 652 hommes (67,90%) dans 09 régions du pays, notamment dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Est, du Centre-Nord, de l'Est, du Nord, du Sahel, des Cascades, des Hauts-Bassins et du Centre-Ouest.

A cela s'ajoute la crise liée aux catastrophes naturelles, à la COVID-19, et aux aléas du changement climatique entraînant une insécurité alimentaire, nutritionnelle et sanitaire. Enfin, le Burkina Faso fournit l'asile à 19 000 réfugiés maliens.

2.7. Fondements historiques et organisation du système de santé

Le système de santé du Burkina Faso, hérité de l'ère coloniale, a connu une grande évolution au fil des années avec parfois des ruptures assez nettes en termes de choix stratégiques. Dans les années 70, le système de santé était organisé en zones de santé. La stratégie était alors orientée sur la lutte contre les endémo-épidémies

avec la mise en place de centres fixes de soins et le développement d'équipes mobiles. Suite à la réforme administrative de 1983 divisant le territoire national en provinces, trente (30) directions provinciales de la santé ont été créées pour appliquer les orientations nationales. En 1985, dans le sillage de la Déclaration d'Alma Ata (1978), le Gouvernement a lancé l'approche « un village, un poste de santé primaire » en implantant dans chaque village un poste de santé primaire pour l'atteinte de l'objectif « la santé pour tous en l'an 2000 ». En 1987, le pays a adhéré à « l'Initiative de Bamako » et a entamé une réflexion pour mettre en place le système de santé intégré de district. Cette période est marquée par l'élaboration du document national relatif au renforcement de la politique des « soins de santé primaires ». Ainsi, en 1993 les districts sanitaires ont été créés avec l'octroi d'une autonomie de gestion aux formations sanitaires (FS) périphériques et aux hôpitaux. Cette réforme a été parachevée en 1996 par la création de onze directions régionales de la santé (DRS) qui ont été portées à 13 plus tard pour coordonner les actions des districts. Au cours des années 2000, le ministère en charge de la santé s'est doté d'une politique sanitaire nationale (PSN) pour prendre en compte les changements importants intervenus dans le monde et plus particulièrement dans la région africaine et au plan national. La Politique nationale de santé (PNS) adoptée en 2011, qui a fait suite à la politique sanitaire nationale (PSN) de 2000, est la résultante d'une analyse approfondie de la situation nationale à travers les états généraux de la santé de 2010. A l'aube du IIIe Millénaire, la communauté internationale a adopté la Déclaration du millénaire, les OMD (2000-2015) et les ODD (2016-2030). Ces engagements au niveau mondial ont des répercussions sur le choix des priorités au niveau national.

Sur le plan administratif, le système de santé du Burkina Faso est organisé en trois (3) niveaux : le niveau central est responsable de l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ; le niveau intermédiaire est chargé de la coordination et de l'appui aux districts ; le niveau périphérique, l'Équipe-cadre de district (ECD) est responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

Sur le plan de l'offre de soins, les structures se répartissent en trois sous-secteurs sanitaires qui sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Au niveau du sous-secteur public, l'infrastructure de santé comprend, selon l'annuaire statistique 2021, 5 Centres hospitaliers universitaires (CHU) au niveau tertiaire, 9 Centres hospitaliers régionaux (CHR) et 1 Centre hospitalier universitaire régional (CHUR) au niveau secondaire et 2255 établissements de soins au niveau primaire dont 46 Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) fonctionnels, 83 Centres médicaux (CM) et 2126 Centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Par ailleurs, des centres spécialisés pour la cancérologie, la neurochirurgie, la médecine physique et de réadaptation, la médecine traditionnelle et les soins intégrés sont en cours de création. Le positionnement de ces centres dans l'architecture de la pyramide sanitaire reste à déterminer. Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées et les services de santé des travailleurs. Le pays compte aussi des structures privées concentrées dans les grandes villes : 3 hôpitaux au niveau tertiaire, 8 polycliniques au niveau secondaire, 286 établissements de soins du niveau primaire dont 87 cliniques, 4 CMA, 65 CM, 35 cabinets médicaux, 12 cabinets dentaires, 83 CSPS, 593 autres structures de soins, 243 officines et 661 dépôts pharmaceutiques. Au Burkina Faso, environ 30 000 tradipraticiens de santé exercent individuellement dans des cabinets de soins et dans des herboristeries. Pour valoriser la médecine traditionnelle, deux types de projets sont en cours d'implantation : le Centre de Médecine traditionnelle et de soins intégrés de Ouagadougou et les structures d'interfaces régionales de médecine traditionnelle dont deux sont en cours de mise en place à Ouahigouya et à Tenkodogo.

En outre, il existe une offre communautaire animée par 17 648 agents de santé à base communautaire (ASBC), des organisations à base communautaire (OBC) et d'autres acteurs de la société civile qui interviennent dans le secteur de la santé. Cette offre devrait se renforcer par la création dans chaque village, d'un poste de santé communautaire animé par un Agent de santé communautaire (ASC). En outre 15000 nouveaux ASBC sont en cours de recrutement.

2.8. Cadre juridique de la santé et du droit à la santé

Au Burkina Faso, le droit à la santé de la population est soutenu par les textes suivants :

- 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».

- La Constitution du Burkina Faso de 1991 en son article 26 : « 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 Titre 1, Article 2. L'un des principaux objectifs de la protection et de la promotion de la santé doit être de donner à l'individu et à la collectivité un niveau de santé qui lui permette de mener une vie socialement acceptable et économiquement productive. Les mesures sanitaires spécifiques déclinées dans ce code sont : (i) Protection sanitaire de la famille et de l'enfance (santé maternelle et infantile, planification familiale, avortement et abortifs), (ii) Santé scolaire et universitaire (iii) Protection de la santé des travailleurs, (iv) Protection des personnes handicapées et des personnes âgées, (v) Protection de la santé mentale, (vi) Nutrition et protection de la santé des consommateurs.

2.9. Gaps d'intégration des services SRMNIA-N

Une évaluation de base réalisée dans certaines formations sanitaires a révélé l'existence de barrières à l'intégration des services qui sont entre autres : i) une organisation des services qui ne favorise pas l'intégration, ii) une faible compétence des prestataires et iii) une insuffisance en termes d'infrastructures et de produits de santé. Ces difficultés peuvent se résumer comme suit :

2.9.1. Organisation des services ne favorisant pas l'intégration

- Intégration temporelle faible dans les centres de santé en milieu rural : Peu de services offerts au même moment (mêmes jours) ;
- Absences de mécanisme formel pour l'utilisation des services disponible au même moment dans les centres de santé (cloisonnement des services) ;
- Tendance à la spécialisation des prestataires : Agents CPN, Agent PF... ;
- Absence de paquet de services intégrés pour les différents points de contacts de la femme enceinte, et du couple mère/enfant avec le système de soin.

2.9.2. Compétences des prestataires

- Offre de service centrée sur le principal motif de consultation ;
- Non prise en compte des besoins non exprimés par les femmes ;

- Tendances à la spécialisation des prestataires : Agents CPN, Agent PF... ;
- Faibles compétences pour l'offre de certains services (PF, CPN, PEC malnutrition, etc.) ;
- Faibles compétences des prestataires sur l'offre de services intégré.

2.9.3. Infrastructures et produits

- Infrastructures inadaptées et insuffisantes ;
- Rupture/absence de produits contraceptifs ;
- Rupture/absence des produits pour la PEC de la malnutrition.

A ces insuffisances s'ajoutent l'absence d'une stratégie formalisée d'intégration des services, un faible engagement des acteurs, etc.

2.10. Bilan de la stratégie antérieure au niveau des formations sanitaires pilotes

La mise en œuvre de l'offre des services intégrés dans les formations sanitaires sites du modèle d'intégration a permis d'avoir un effet significatif sur certains indicateurs de routine de santé maternelle, néonatale et infantile dont entre autres (voir graphiques sur les effets en annexe 3) :

- une hausse de 57% entre 2018 et 2021 du nombre de visites prénatales ;
- une hausse de 308% du nombre de visites de nourrisson sain entre janvier 2019 et décembre 2021, et ce malgré la COVID-19 contribuant à la réduction des cas de malnutrition aiguë enregistrés ;
- une hausse de 144% du nombre de femmes ayant adopté une méthode PF dans la période du postpartum entre 2019 et 2021 ;
- une proportion d'enfants de 0-5 mois allaités exclusivement est de 71,4% en 2022, pour un objectif attendu de 64,6%.

Les résultats de l'étude font ressortir que le modèle a un très fort potentiel pour **l'opérationnalisation** de l'intégration de l'offre de soins de PFPP/SMNNI/Nutrition dans les différents points de contact (CPN, Accouchement, Postnatal, vaccination) ; Il a permis d'améliorer **l'adoption de la PFPP et l'utilisation des services SMNI**. Aussi, de façon globale, la mise en œuvre du modèle **n'augmente pas la charge de travail des prestataires**. En ce qui concerne le coût incrémental, l'analyse montre que le modèle d'offre de service **est 2 % moins onéreux que le modèle standard**.

Néanmoins, des besoins d'amélioration du modèle et d'adaptation au contexte de mise en œuvre doivent être pris en compte dans la perspective du passage à l'échelle afin que le modèle puisse fonctionner intégralement pour être plus efficace.

2.11. Forces et les faiblesses

➤ Les forces

Les forces de la stratégie de passage à l'échelle nationale des services SRMNIA-N sont :

- un fort engagement des autorités sanitaires ;
- l'existence de documents de planification des interventions ;
- l'existence d'un dispositif organisationnel adéquat ;
- le MSHP est favorable au passage à l'échelle nationale de l'approche ;
- la prise en compte des données d'intégration dans ENDOS ;
- la motivation des prestataires à travers le décernement d'une prime aux meilleurs formations sanitaires et prestataires ;
- la satisfaction des bénéficiaires des prestations de services SRMNIA/Nut ;
- le renforcement des plateaux techniques des FS ;
- la gratuité des soins aux femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans.

➤ Les faiblesses

Les faiblesses de la stratégie sont :

- le faible implication des experts techniques dans l'assistance technique des acteurs terrain ;
- les lourdeurs et les insuffisances dans les décaissements des ressources pour la mise en œuvre des activités ;
- la faible capacité des membres du GTT en matière de plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- la faible capacité logistique (matériel roulant, mobilier de bureau) ;
- l'insuffisance d'activités du niveau communautaire programmées ;
- l'insuffisance dans le suivi des activités ;
- la fermeture de certaines formations sanitaires ;
- l'insuffisance de ressources humaines compétentes et en nombre suffisant ;
- l'irrégularité dans la tenue des réunions GTT ;
- une motivation financière faible et irrégulière des ASBC.

2.12. Opportunités et menaces à l'intégration des services de SRMINA-N

➤ Les opportunités

- Décentralisation territoriale qui permet aux collectivités de contribuer à l'amélioration de la santé des populations
- Perspective de disponibilité des fonds catalytiques gérées par une structure locale pour accélérer les décaissements
- Perspective de mobilisation de ressources et la disponibilité des PTF pour soutenir le PAGE
- Évaluations en cours pour générer des évidences qui permettront de guider le PAGE

➤ Les menaces

- Pouvoirs de décision limités des délégations spéciales mises en place en remplacement des élus locaux ;
- Contexte socio-politique fragile ;
- Contexte sécuritaire et humanitaire instables dans certaines zones d'extension ;
- Déplacement des populations ;
- Non disponibilité des ressources pour la mise en œuvre des activités ;
- Irrégularité dans les remboursements des crédits de gratuité.

2.13. Les grands défis à relever

Trois défis majeurs à l'intégration des services de SRMNIA-N ont été retenues à la suite de l'analyse situationnelle. Il s'agit du i) renforcement du plateau technique, de ii) l'amélioration de la mobilisation et de la gestion des ressources et iii) du renforcement de la coordination dans la mise en œuvre des activités.

III. ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE

La présente stratégie de passage à grande échelle de l'intégration des services SRMNIA-N au Burkina Faso est alignée avec les référentiels nationaux de développement.

3.1. Fondements

Les fondements de la stratégie sont basés sur la Constitution et les engagements internationaux auxquels le Burkina Faso a souscrit en matière de santé.

Au plan national, le pays a adopté des textes et politiques traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations. Ces textes sont relatifs :

- au PNDES II et son plan d'action pour la stabilisation et le développement 2023-2025;
- à la PSS 2018-2027 ; et
- au PNDS 2021-2030 et sa SNDS 2021-2025.

Le Burkina Faso a adhéré aux soins de santé primaires dont les principes sont : i) l'acceptabilité, ii) l'efficacité et l'efficience des soins de santé, iii) la réactivité des services de santé et iv) l'accès universel.

Tous ces référentiels sus cités ont servi à la rédaction de plans spécifiques dans le domaine de la SRMNIA-Nutrition.

3.2. Vision

La vision du plan de passage à grande échelle de l'intégration des services SRMNIA-N du Burkina Faso 2023-2027 se fonde sur la vision, les valeurs, les principes directeurs et les objectifs contenus dans le PNDS 2021-2030.

3.3. Principes directeurs

Les principes directeurs du présent plan se fondent sur ceux définis dans le PNDES 2021-2030 à savoir : i) la Participation, ii) la Primauté de la loi, iii) la Gestion axée sur les résultats, iv) la Transparence, v) la Réactivité, vi) l'intégration.

3.4. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de nutrition de la mère, de l'enfant et de l'adolescent à travers le passage à l'échelle de l'intégration des services de SRMNIA-N dans les structures de santé au Burkina Faso

3.5. Résultats attendus

- Le pilotage et la coordination des interventions relatives à l'intégration des services de SRMNIA-N au niveau stratégique, intermédiaire et opérationnel sont renforcés ;
- La demande et l'offre de services intégrés de SRMNIA-N sont renforcées au niveau des formations sanitaires publiques, privées et communautaire ;
- Les ressources humaines en santé disponibles, motivées et compétentes mettent en œuvre les interventions en SRMNIA-N de manière adéquate.

3.6. Chaîne des résultats et lien avec la SNDS 2021-2025

Tableau 3 : Chaine des résultats

Produits de la stratégie	Effets de la stratégie	Objectifs stratégiques SNDS-2021-2025	Impact
<p>Produit 1.1: L'intégration des services de SRMNIA-N est effective dans 100% des documents de référence du MSHP en rapport avec la SRMNIA-N</p> <p>Produit 1.2 : La gestion et la coordination de la mise en œuvre de l'intégration des services de SRMNIA-N ainsi que la redevabilité sont renforcées à tous les niveaux</p> <p>Produit 1.3 : Les bonnes pratiques en matière d'intégration de la SRMNIA-N sont distinguées, capitalisées et font l'objet d'une communication efficace</p> <p>Produit 1.4 : Un dispositif efficace de suivi/évaluation des services de SRMNIA-N intégrés est mis en place et est fonctionnel à tous les niveaux</p>	<p>Effet 1 : Le pilotage et la coordination des interventions relatives à l'intégration des services au niveau stratégique, intermédiaire et opérationnel sont renforcés</p>	<p>OS1 : 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</p>	<p>Impact : La mortalité maternelle, néonatale et infantile sont réduites</p>
<p>Produit 2.1 : Les structures sanitaires privées et publiques disposent d'infrastructures, d'équipements et de</p>	<p>Effet 2 : La demande et l'offre de services intégrés de SRMNIA-N sont renforcées au niveau des</p>	<p>OS 3 : Augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour</p>	

<p>de matériels adéquats pour plateau technique pour l'offre des services en SRMNIA-N</p> <p>Produit 2.2. La demande et l'offre de services de SRMNIA-N intégrés au niveau communautaire sont renforcées</p> <p>Produit 2.3 : La qualité des services de SRMNIA/Nutrition est renforcée dans les formations sanitaires publiques et privées</p>	<p>formations sanitaires publiques, privées et communautaire</p>	<p>toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle (CSU)</p> <p>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</p>	
<p>Produit 3.1 : les RH des formations sanitaires publiques et privées sont compétentes pour la MEO des interventions de SRMNIA-N</p> <p>Produit 3.2 : Les capacités des ressources humaines pour soutenir le processus de passage à grande échelle sont renforcées</p>	<p>Effet3 : les ressources humaines en santé disponibles, motivées et compétentes mettent en œuvre les interventions en SRMNIA-N de manière adéquate</p>	<p>OS 2 :</p> <p>Développement des ressources humaines pour la santé</p>	

Pour l'atteinte de l'objectif de ce plan, plusieurs stratégies d'intervention ont été retenues à savoir :

- la prise en compte de l'intégration de la SRMNIA-N dans les référentiels (politiques, stratégies et protocoles) ;
- la prise en compte de la stratégie d'intégration dans les mécanismes de coordination ;
- l'amélioration de la collaboration interne des services de santé ;
- le renforcement du suivi et de la redevabilité ;
- le renforcement des capacités opérationnelles des formations sanitaires ;
- le renforcement des capacités des acteurs communautaires.

Les bénéficiaires finaux de cette stratégie d'intégration sont :

- les femmes enceintes,
- les femmes accouchées,
- les nouveau-nés,
- les femmes allaitantes d'enfants de moins de 6 mois,
- les enfants de moins de 2 ans,
- les adolescents de 6 à 19 ans.

IV. DISPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI EVALUATION

4.1. Dispositions de mise en œuvre

4.1.1. Instruments de mise en œuvre

Le plan de passage à l'échelle sera mis en œuvre à travers les plans de travail annuel (PTA) des structures impliquées dans sa mise en œuvre.

4.1.2. Acteurs de mise en œuvre

Les principaux acteurs de mise en œuvre de la présente stratégie sont issues des membres du secteur de planification de la santé auxquels s'ajoutent :

- le secteur public de santé ;
- les collectivités territoriales ;
- le secteur privé de santé ;
- la société civile ;
- les ONG et associations ;
- les sociétés savantes et les ordres professionnelles ;
- les partenaires techniques et financiers.

4.1.3. Cadre organisationnel

Un GTT est mis en place par arrêté du ministre en charge de la santé pour le suivi de la mise en œuvre de la stratégie. Ce GTT a les attributions suivantes : il i) analyse les priorités définies dans la stratégie par rapport aux besoins exprimés, ii) veille à l'exécution effective des paquets d'interventions prévus dans la stratégie, iii) définit les grandes orientations dans la mise en œuvre de la stratégie.

Au niveau national : les principaux organes de suivi de la mise en œuvre sont le Cadre sectoriel de dialogue (CSD), le Conseil d'administration des secteurs ministériels (CASEM) etc.

Au niveau régional : il s'agit du comité technique régional de santé (CTRS), le comité régional de suivi du PNDS, le conseil de direction (CODI) etc.

Au niveau District sanitaire, il s'agit du conseil de santé du district (CSD), du comité technique de santé du district (CTSD), les rencontres ICP-ECD, les rencontres ICP-ASBC etc.

4.2. Suivi-évaluation du plan

Le suivi et l'évaluation à mi-parcours vont contribuer à la mise en œuvre efficace du plan. Pour ce faire des instances de suivi et de coordination de la collecte des données, les mécanismes de suivi/évaluation, les indicateurs, les outils ainsi que les rôles des différents acteurs seront définis.

4.2.1. Instances de suivi-évaluation

Le suivi-évaluation se fera à travers les instances existantes du Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Ce sont :

- **Le groupe technique de travail (GTT)** : C'est l'instance de décision pour ce qui concerne la mise en œuvre du plan. Ce groupe est composé d'acteurs intervenant dans le domaine de la santé maternelle et infantile et de la nutrition, provenant des structures centrales du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, de la société civile, des sociétés savantes et d'autres Partenaires techniques et financiers. Le GTT se réunit tous les trimestres, examine les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan, valide et entérine les résultats. De plus, il est chargé d'orienter le niveau opérationnel sur la mise en œuvre des activités et formule au besoin des recommandations.
- **Le comité technique régional de santé (CTRS)** : C'est une instance de prise de décision au niveau la région abritant le modèle d'excellence. Le CTRS se réunit tous les trimestres et pourrait intégrer dans son agenda l'examen de la stratégie d'intégration des services de PFPP/SMNI/Nutrition et de la performance des structures du modèle d'excellence. Le CTRS est également une instance de validation des données.
- **Le conseil de santé du district (CSD)** : C'est l'instance de prise de décision au niveau du district sanitaire abritant le modèle d'excellence. Le CSD se réunit tous les trimestres et pourrait intégrer dans son agenda l'examen de la mise en œuvre de la stratégie d'intégration des services de PFPP/SMNI/Nutrition et de la performance des structures du modèle d'excellence. Le CSD met en œuvre les recommandations des instances supérieures et veille à la qualité de la mise en œuvre des activités du plan.

- **Le comité technique de santé de district** : Le comité technique de santé du district est composé de l'équipe cadre de district, des comités de gestion (COGES) des formations sanitaires, des ONG/associations, des leaders d'opinion, du secteur privé de santé, de représentants des agents de santé à base communautaire (ASBC) et des infirmiers chefs de poste (ICP). Il est chargé de : i) suivre et évaluer la mise en œuvre du PNDS et des plans de travail annuel au niveau district ; ii) organiser les revues semestrielles et annuelles au niveau district ; iii) assurer l'harmonisation des interventions dans le district ; iv) valider le plan de développement sanitaire du district (PDSD) ; v) examiner les rapports de progrès du district.

4.2.2. Les acteurs et leurs rôles

La mise en œuvre du plan d'action sera assurée par plusieurs acteurs à différents niveaux :

- **Au niveau du GTT**

Le GTT est l'organe de coordination globale de la mise en œuvre du plan d'action. Il est chargé entre autres de :

- définir et valider les indicateurs des services intégrés de PFPP/SMNI/Nutrition ;
- développer les différents outils de suivi-évaluation à tous les niveaux ;
- orienter les différents acteurs à l'utilisation des outils de suivi-évaluation ;
- organiser des sorties conjointes de supervision ;
- assurer le contrôle de la qualité des données et les évaluations de la performance du modèle d'excellence ;
- valider les données et les rapports d'analyses ;
- faire le plaidoyer pour une intégration des indicateurs des services intégrés de PFPP/SMNI/Nutrition dans la collecte des données de routine ;
- élaborer les rapports périodiques de mise en œuvre du plan ;
- donner des orientations pour la mise en œuvre plus efficace des activités sur le terrain ;
- formuler des recommandations à tous les niveaux afin de réussir la stratégie d'intégration des services de PFPP/SMNI/Nutrition au Burkina Faso.

➤ **Au niveau de la Direction régionale de la santé**

Dans le cadre du suivi-évaluation de la stratégie, le staff de la DRS est chargé de :

- participer aux sorties conjointes de supervision ;
- participer au renforcement des capacités des acteurs ;
- participer aux études, enquêtes et autres évaluations ponctuelles ;
- mettre en œuvre les recommandations du GTT
- veiller à la mise en œuvre des recommandations du GTT au niveau district ;
- coordonner au niveau régional la mise en œuvre de la stratégie.

Une TASK FORCE de neuf (9) membres est mise en place dans chaque région pour contribuer à l'appui technique et au suivi de la mise en œuvre de la stratégie.

➤ **Au niveau du District sanitaire**

Dans le cadre du suivi-évaluation de la stratégie, l'Equipe cadre du district (ECD) est chargée de :

- Collecter, analyser, utiliser et transmettre les données ;
- participer aux sorties conjointes de supervision ;
- participer aux renforcements des capacités des acteurs ;
- participer aux études, enquêtes et autres évaluations ponctuelles ;
- mettre en œuvre les recommandations du GTT ;
- coordonner au niveau opérationnel la mise en œuvre de la stratégie.

Une équipe de mentors SRMNIA-N est mise en place dans chaque district pour contribuer au renforcement des capacités techniques des prestataires et au suivi de la stratégie.

➤ **Au niveau des formations sanitaires**

Les formations sanitaires sont le niveau d'offre de services intégrés de PFPP/SMNI/Nutrition. Dans le cadre du suivi-évaluation du plan de la stratégie, les prestataires sont chargés de :

- produire les données primaires nécessaires au suivi des indicateurs de progrès ;
- renseigner régulièrement les différents outils de collecte de données ;

- élaborer et transmettre à temps les rapports périodiques ;
- participer au renforcement des capacités ;
- participer aux instances d'évaluation de la qualité des données.

➤ **Au niveau communautaire**

Au niveau communautaire, les ASBC sont chargés de :

- renseigner régulièrement les différents outils de collecte des données du niveau communautaire ;
- produire les données primaires nécessaires au suivi des indicateurs de progrès du niveau communautaire ;
- élaborer et transmettre à temps les rapports périodiques ;
- participer aux sessions de formations et aux rencontres ;
- participer aux instances d'évaluation des données.

En plus des acteurs ci-dessus cités, le Burkina Faso bénéficie de l'assistance technique de l'équipe régionale de IntraHealth International et de l'appui d'autres partenaires.

4.2.3. Les stratégies de suivi et d'évaluation

➤ **Le suivi des activités**

Le suivi des activités est un processus continu et systématique de veille sur la réalisation des activités de la stratégie. Cela signifie que l'équipe de suivi-évaluation doit se focaliser sur la programmation des activités et leur mise en œuvre sur le terrain. Ce processus permet de suivre et de calculer le taux de réalisation des activités programmées, d'identifier les facteurs qui ont facilité l'exécution des activités ainsi que les goulots d'étranglement.

Des indicateurs des services intégrés seront définis pour le suivi de la performance des formations sanitaires.

Le suivi implique également une supervision dans l'exécution des activités et dans la collecte et le traitement des données.

➤ **Évaluation**

Les activités d'évaluation dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie seront conduites par des partenaires identifiés en collaboration avec le GTT.

- **Une évaluation à mi-parcours** : elle est réalisée au cours de la mise en œuvre du plan et fournit les informations sur le niveau de réalisation des objectifs. Les résultats de cette évaluation concerneront la situation de mise en œuvre de l'intégration des services PFPP/SMNI/Nutrition, aussi bien au niveau stratégique (politiques et programmes) qu'opérationnel (services offerts et système d'information sanitaire).
- **Une évaluation finale** : elle sera réalisée à la fin de la mise en œuvre de la stratégie de passage à l'échelle. Cette dernière évaluation fournira des informations par rapport au niveau d'atteinte des objectifs de la stratégie. Ces informations porteront pour l'essentiel sur l'encrage de l'intégration des services PFPP/SMNI/Nutrition aussi bien au niveau des politiques qu'au niveau opérationnel. Cette évaluation examinera également le niveau d'atteinte des objectifs du pays par rapport aux autres pays du Partenariat de Ouagadougou (PO) et de tirer tous les enseignements relatifs à la mise en œuvre de l'intégration des services.

V. BUDGETISATION

5.1. Hypothèses de budgétisation

Les coûts des activités de la stratégie de passage à l'échelle 2023-2027 sont décrits, chiffrés et ventilés sur la base de données spécifiques recueillies à partir de documents financiers provenant du ministère de la santé et de l'hygiène publique et des partenaires qui mettent en œuvre la stratégie.

Tous les coûts ont été collectés en francs CFA et calculés en dollars américains et en francs CFA.

5.2. Coût global

Les activités de la stratégie 2023-2027 sont articulées autour de trois axes. Chaque axe est détaillé en actions prioritaires, en activités et en indicateurs de résultat assortis d'un échéancier précis (annexe).

Le coût total de la mise en œuvre de la stratégie s'élève à 22 201 150 710 de francs CFA, soit 38 476 865 dollars américains.

VI. ANALYSE ET LA GESTION DES RISQUES

Les risques qui peuvent affecter la réussite de la mise en œuvre du plan sont entre autres:

- Les crises sociopolitiques,
- Les catastrophes naturelles et des crises humanitaires,
- Le ralentissement de la croissance économique mondiale,
- L'insécurité généralisée à toutes les régions.

Les mesures d'atténuation des risques sont reprises dans le tableau ci-après.

Tableau 2 : Mesures d'atténuation du risque

N°	Risques majeurs	Stratégies correctrices	Activités pour l'atténuation du risque
01	Les crises sociopolitiques	Mise à contribution du secteur privé, des services de santé des armées et des humanitaires pour la continuité des soins	Organiser la mise en œuvre des activités en collaboration avec le secteur privé, les services de santé des armées et les humanitaires
02	Les catastrophes naturelles et des crises humanitaires	Préparation Riposte (Activités de Communication, de prévention et de PEC)	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser - Former les acteurs sur le dispositif minimum d'urgence - Activer le CORUS - Activer les plans d'urgences
03	Le ralentissement de la croissance économique mondiale	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des activités - Mobilisation des ressources endogènes 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les activités au niveau central et décentralisé - Tenir des rencontres avec les partenaires pour mobiliser les ressources additionnelles - Impliquer les collectivités locales dans la planification et la mise en œuvre de certaines activités - Impliquer la diaspora
04	L'insécurité généralisée à toutes les régions	Renforcement du paquet d'intervention des acteurs locaux Renforcement du	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les compétences des ASBC, des ICP, des OBC et les volontaires pour la mise en œuvre des activités - Décentraliser les activités de

		partenariat avec les ONG	<p>formation et de supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier des nouvelles stratégies de résilience en collaboration avec les DRSHP - Intégrer la mise en œuvre des activités dans les plans d'urgence - Renforcer la surveillance à distance pour réduire les risques d'exposition - Renforcer les interventions de passage à l'échelle en collaboration avec les ONG
--	--	--------------------------	--

VII. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Tableau 3 : Planning opérationnel

PLANNING OPERATIONNEL									
N°	Résultats						Responsable	Autres concernés	Cout
		2023	2024	2025	2026	2027			
Impact : La mortalité maternelle, néonatale et infantile sont réduites									
Effet 1 : Le pilotage et la coordination des interventions relatives à l'intégration des services de SRMNIA-N au niveau stratégique, intermédiaire et opérationnel sont renforcés									
Produit 1.1: L'intégration des services de SRMNIA-N est effective dans 100% des documents de référence du MSHP en rapport avec la SRMNIA-N									
Activités									
1	Faire un plaidoyer pour la prise en compte de l'intégration des services SRMNIA/Nutrition dans les directives de planification du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	X					GTT	INSPIRE	500 000
2	Elaborer un document d'orientation de la mise en œuvre de l'intégration SRMNIA-N au niveau national	X					DSF	GTT	14 424 350
3	Organiser un atelier de révision des PNP/SR prenant en compte l'intégration des services SRMNIA-N		X				DSF	GTT	16 767 950
4	Reproduire 30800 exemplaires des PNP en SR révisés et 2200 exemplaires du document d'orientation de la mise en		X				GTT	PTF	154 000 000

	œuvre de l'intégration de la SRMNIA-N pour toutes les Formations Sanitaires (2*7*2200)								
5	Mettre à la disposition des formations sanitaires les PNP/SR révisés et le document d'orientation de la mise en œuvre de l'intégration des services SRMNIA-N		X				DSF	GTT	PM
6	Organiser à Ouagadougou un atelier de dissémination et de plaidoyer auprès des PTF et des autres parties prenantes afin de mobiliser les ressources pour le passage à grande échelle de l'intégration des services SRMNIA-N	X					GTT	PTF	6 709 900
7	Réviser les modules de formation des prestataires de soins et des acteurs communautaires sur l'intégration des services de la SRMNIA-N	X					GTT	PTF	16 086 150
	Sous total1								208 488 350
	Produit 1.2 : La gestion et la coordination de la mise en œuvre de l'intégration des services de SRMNIA/Nutrition sont renforcées à tous les niveaux								
	Activités								
8	Organiser une cérémonie de lancement officiel de passage à l'échelle de la stratégie de l'intégration SRMNIA-N à Po, en 1 jour	X					GTT	DRSHP/DS	19 163 300

9	Orienter au niveau de chaque région 6 membres du staff de la DRSHP et 3 membres ECD, 2 représentants de l'hôpital et 10 autorités et responsables administratifs en 1 journée sur l'intégration des services SRMNIA-N à tous les niveaux (13 régions y compris DS)	X	X					GTT	DRSHP	17 668 980
10	Tenir les réunions semestrielles de coordination des activités SRMNIA/Nutrition intégrés (2*13 pour les régions)	X	X	X	X	X		GTT	DRSHP	5 410 000
11	Acquérir des véhicules de supervision pour le niveau central, DRSHP, DS (25)	X	X	X	X	X		GTT	DRSHP/DS	710 000 000
12	Acquérir des équipements informatiques et consommables (ordinateurs, imprimantes, scanners, photocopieur, fourniture de bureau,)	X	X	X	X	X		GTT	DRSHP/DS	61 050 000
13	Doter le niveau central, DRSHP, DS en carburant	X	X	X	X	X		GTT	DRSHP/DS	168 000 000
14	Doter le niveau central, DRSHP, DS en moyen de communication (frais communication, frais de connexion wifi...)	X	X	X	X	X		GTT	DRSHP/DS	143 900 000
15	Former en 04 sessions de 03 jours chacune 84 acteurs des finances des structures de mise en œuvre du niveau central et opérationnel en procédure de	X	X	X				GTT	DRSHP/DS/PTF	4 979 250

	gestion des ressources financières et matérielles								
16	Tenir les réunions trimestrielles du GTT	X	X	X	X	X	GTT	DRSHP/DS/ PTF	9 400 000
17	Appuyer financièrement les DRSHP et DS pour la tenue des cadres statutaires (CODI, CTRS, CSD, CTDS) intégrant les thématiques de SRMNIA-N	X	X	X	X	X	DS	DRSHP/GTT	41 500 000
18	Apporter un appui financier à la réalisation des activités de monitoring hospitalier et communautaire prenant en compte la thématique de l'intégration (forfait)	X	X	X	X	X	GTT	PTF	48 000 000
19	Participer à des conférences nationales, régionales internationales sur la SRMNIA/Nut (CdP, RAPO, OOAS, ...)	X	X	X	X	X	GTT	DRSHP/DS/PTF	5 700 000
	Sous total2								1 234 771 530
Produit 1.3 : Les bonnes pratiques en matière d'intégration de la SRMNIA-N sont distinguées, capitalisées et font l'objet d'une communication efficace									
Activités									
20	Organiser des voyages d'études (2participants*12régions) pour le partage d'expériences sur les sites de mise en œuvre de l'intégration (DS de Pô)	X	X	X	X	X	DS	DRSHP	3 000 000
21	Diffuser un film documentaire/Public-reportage sur l'intégration de la SRMNIA-N (4 diffusions par an pour les 2 premières années)	X	X	X	X	X	GTT	PTF	10 000 000

22	Réaliser des émissions (4 émissions radio et 2 émissions télé par an) sur l'intégration de la SRMNIA	X	X				DSF	GTT/PTF	2 000 000
23	Organiser tous les trois ans un atelier d'orientation en 2 jours au niveau régional des acteurs des régions (52) et DS (280) sur les bonnes pratiques en intégration des services SRMNIA-N	X		X		X	GTT	DS	7 448 000
24	Documenter les bonnes pratiques d'intégration des services SRMNIA-N		X	X	X		GTT	DS	6 339 950
25	Organiser un atelier national de capitalisation des bonnes pratiques d'intégration des services SRMNIA-N			X	X		GTT	DS/DRSHP	6 496 050
26	Organiser un atelier de diffusion des résultats des évaluations de la phase pilote à Ouagadougou regroupant 2 représentants de chaque région et 25 participants du niveau central			X	X	X	GTT	PTF	6 650 800
27	Reproduire les outils de collecte primaire des données et supports de communication (Affiches, carte conseils, carte PAU, aide-mémoire et autres)	X	X	X			GTT	PTF	37 000 000
28	Organiser en un jour un atelier de diffusion des résultats de la documentation de la mise en œuvre de l'intégration des services de PFPP/SMNI/Nut. au profit des équipes des DRSHP (1) et des ECD (1) à Ouagadougou				X	X	GTT	PTF	19 170 100

29	Décerner un « Label MoE intégration SRMNIA-N» aux meilleures formations sanitaires		X	X	X	X	GTT	DS/DRSHP/PTF	7 100 000
30	Apporter un appui financier aux activités de recherche sur l'intégration de la SRMNIA-N		X	X	X	X	PFT	GTT	500 000
	Sous total3								105 704 900
Produit 1.4 : Un dispositif efficace de suivi/évaluation des services de SRMNIA-N intégrés est mis en place et est fonctionnel à tous les niveaux									
Activités									
31	Former les gestionnaires de données (83) les ICP (2200) et les Responsables Maternités (2200), PEV (2200), à la collecte, à l'analyse, au rapportage d'information de qualité et à leur utilisation locale (outils révisés d'intégration des services) en des XXX sessions de 03 jours		X	X	X		GTT	DS/DRSHP	178 416 300
32	Organiser 350 sorties de suivi post formation des acteurs formés sur l'offre de services intégrés de SRMNIA/Nutrition par les membres ECD (02)	X	X	X	X		GTT	DS/DRSHP	24 920 000
33	Organiser 130 missions semestrielles conjointes (GTT, DRSHP, ECD, PTF (9participants*2*5=90) de suivi de la mise en œuvre des activités d'intégration des services dans les 13 régions	X	X	X	X	X	GTT	DS/DRSHP/PTF	360 010 000
34	Organiser un atelier bilan annuel de 3 jours de la mise en œuvre des activités (intégrée				X	X	GTT	DS/DRSHP/PTF	36 165 500

	à une réunion du comité) à Ouagadougou (5 ateliers)								
35	Organiser 700 missions de sorties semestrielles de contrôle qualité des données dans tous les districts	X	X	X	X	X	GTT	DS/DRSHP/PTF	245 000 000
36	Organiser 700 ateliers semestrielles de validation des données et revues des performances des FS au niveau DS	X	X	X	X	X	GTT	DS/DRSHP/PTF	3 394 100 000
37	Organiser un atelier de l'évaluation à mi-parcours du plan de passage à l'échelle			X			GTT	DS/DRSHP/PTF	21 952 450
38	Réaliser l'évaluation finale du plan de passage à l'échelle (Consultant externe)					X	GTT	Consultant	20 535 000
39	Appuyer l'évaluation et l'élaboration des plans d'action de la DGSHP/DSF (frais de subsistance de 10 participants DGSHP et 10 participants DSF pendant 6 jours)	X	X	X	X	X	GTT	PTF	34 603 500
	Sous total4								4 315 702 750
	Total effet 1								5 864 667 530
	Effet 2 : La demande et l'offre de services intégrés de SRMNIA-N sont renforcées au niveau des formations sanitaires publiques, privées et communautaire								
	Produit 2.1 : Le plateau technique des formations sanitaires pour l'offre des services de SRMNIA/Nutrition est renforcé								
	Activités								
40	Apporter un appui financier pour frais de communication pour évaluer l'état des infrastructures au niveau national à tous les	X	X	X	X	X	DSF	DRSHP/DS/PTF	4 200 000

	niveaux du système de santé pour l'offre de services SRMNIA-N (DIEM) (forfait de communication)								
41	Réhabiliter les infrastructures pour l'offre de services SRMNIA-N	X	X	X	X	X	PTF	GTT/DRSHP/DS	PM
42	Acquérir du matériel (Tensiomètres, Pèse personnes, Toise, Pèse bébé, Horloge, mètre ruban, matériel de réanimation du nouveau-né), pour mettre à niveau les formations sanitaire	X	X	X	X	X	PTF	GTT	1 622 850 000
43	Acquérir des équipements (Poupinel ou autoclave, table d'examen, table d'accouchement, escabeau, etc.) pour mettre à niveau les formations sanitaires	X	X	X			PTF	GTT	7 254 000 000
	Sous total5								8 881 050 000
Produit 2.2 : La demande et l'offre de services de SRMNIA-N intégrés au niveau communautaire sont renforcées									
Activités									
44	Réaliser des émissions audiovisuelles (4 spots télé, 4 émissions radiophoniques par an*5) sur l'intégration pour susciter la demande (production et diffusion)	X	X	X	X		DS	DRSHP/GTT	30 000 000
45	Doter les ASBC en 18000 Kits (supports de communication intégrée) pour l'offre des services intégrés de SRMNIA-N	X	X	X	X		DS	DRSHP/GTT	1 800 000 000
	Sous total6								1 830 000 000

Produit 2.3 : La qualité des services de SRMNIA/Nutrition est renforcée dans les formations sanitaires publiques et privées									
Activités									
46	Former dans chaque région en 11 jours cinq (05) mentors par DS en technique de mentorat y compris le privé (350 mentors)	X	X	X	X		DRSHP	DSF/DS	175 477 280
47	Organiser 21000 jours de missions trimestrielles de mentorat (SR et Intégration) des prestataires	X	X	X	X	X	DS	DRSHP	630 700 000
48	Organiser des sorties d'évaluation de la qualité des services de SRMNIA/Nutrition en collaboration de la DQSS (voir DQSS pour les cibles)	X	X	X	X	X	DS	DRSHP	0
49	Organiser 1400 sorties de supervision trimestrielle des prestataires sur la mise en œuvre des activités dans les formations sanitaires (pour 4 superviseurs)	X	X	X	X	X	DS	DRSHP	1 176 000 000
50	Organiser 700 sorties de suivi semestrielle des ECD sur la mise en œuvre des activités dans les DS	X	X	X	X	X	DRSHP	DS	289 100 000
Sous total7									2 271 277 280
Total effet 2									12 982 327 280
Effet 3 : les ressources humaines en santé mettent en œuvre les interventions en SRMNIA-N de manière adéquate									
Produit 3.1 : les RH des formations sanitaires publiques et privées sont compétentes pour la MEO des interventions de SRMNIA-N									
Activités									

51	Former 390 formateurs des régions et des DS sur l'intégration des services de SRMNIA/Nutrition en 13 sessions de 6 jours chacune de 30 participants	X	X	X	X	X	GTT	DRSHP	61 581 000
52	Former 8800 prestataires de soins des districts sur les modules de soins intégrés y compris le remplissage des outils de collecte de données en 352 sessions de 06 jours regroupant chacune 25 participants	X	X	X	X	X	DRSHP	DS/GTT	2 074 336 000
53	Intégrer la plateforme e-learning dans les outils (ordi, tablettes, téléphones) existants pour faciliter l'apprentissage		X	X			PTF	GTT	PM
54	Former 69 enseignants des écoles/instituts de formation de base en santé sur l'intégration des services SRMNIA/Nutrition en 05 jours		X	X			GTT	Ecoles/Instituts de santé	9 884 200
55	Orienter 1500 étudiants en fin de cycle des écoles/instituts de formation de base sur l'intégration des services SRMNIA/Nutrition en 05 jours		X	X	X	X	GTT	Ecoles/Instituts de santé	16 458 200
56	Organiser un atelier de formation en 03 jours 728 responsables des collectivités territoriales sur la mobilisation des ressources pour le financement des activités de SRMNIA/Nutrition en 29 sessions de 25 participants		X	X	X		GTT	Délégations spéciales	107 456 600
57	Former 20 000 (ASC et ASBC) sur l'offre de services intégrés en SRMNIA-N, en 667	X	X	X	X	X	ICP	DS/GTT	788 860 900

	sessions de 3 jours								
	Sous total8								3 058 576 900
	Produit 3.2 : Les capacités des ressources humaines pour soutenir le processus de passage à grande échelle sont renforcées								
	Activités								
58	Former 25 membres de l'assistance technique sur le suivi de la stratégie d'intégration de la SRMNIA-N	X	X	X	X	X	GTT	PTF	1 847 200
59	Mettre en place une équipe de TASK FORCE SRMNIA-N de neuf (09) personnes par région	X	X	X	X	X	GTT	PTF	PM
60	Former des personnes ressources sélectionnées sur l'offre de services SRMNIA-N et la mise en œuvre du plan PAGE		X	X	X	X	GTT	PTF	2 531 800
61	Organiser 130 sorties d'appuis techniques des équipes de TASK FORCE SRMNIA-N au niveau régional SRMNIA-N		X	X	X	X	GTT	PTF	291 200 000
	Sous total9								295 579 000
	Total effet 3								3 354 155 900
	TOTAL GENERAL PAGE								22 201 150 710

VIII. CADRE DE RENDEMENT DU PLAN DE PASSAGE À L'ÉCHELLE DE LA STRATÉGIE D'INTÉGRATION DE LA SRMNIA-N

Tableau 4 : Cadre de rendement du plan de passage à l'échelle de la stratégie d'intégration de la SRMNIA-N

Objectif Général : Améliorer l'état de santé des populations									
Co de	Indicateurs	Sources	Responsables / Structure	Valeurs de référence (2022)	Cibles				
					2023	2024	2025	2026	2027
Impact : La mortalité maternelle, néonatale et infantile sont réduites									
	Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Rapport EDS	INSD	222,9	262,11	260,65	259,10		
	Taux de Mortalité infanto juvénile (‰)	Rapport EDS	INSD	48	60,06	57,18	54,51		
	Taux de mortalité néonatale	Rapport EDS	INSD	18	18,12	17,34	16,57		
	Indice synthétique de fécondité	Rapport EDS	INSD	4,4	4,45	4,19	3,93		
	Prévalence du retard de croissance	Enquête SMART	MS	-					
Effet 1 : Le pilotage et la coordination des interventions relatives à l'intégration des services au niveau stratégique, intermédiaire et opérationnel sont renforcés									
	Proportion des structures ayant une	ENDOS		74,96	85	100	100	100	100

	performance globale satisfaisante en matière d'intégration (%)								
Produits 1.1 L'intégration des services de SRMNIA-N est effective dans 100% des documents de référence du MSHP en rapport avec la SRMNIA-N									
	Proportion de document spécifiques (stratégies et plans) produits prenant en compte l'intégration de la SRMNIA-N			0	100	100	100	100	100
Produit 1.2 : La gestion et la coordination de la mise en œuvre de l'intégration des services de SRMNIA-N ainsi que la redevabilité sont renforcées à tous les niveaux									
	Nombre de Conseil National de Concertation en Nutrition prenant en compte la thématique de l'intégration SRMNIA-N			2	2	2	2	2	2
	Proportion de Conseil régional de Concertation en Nutrition prenant en compte la thématique de l'intégration			100	100	100	100	100	100
	Proportion de CSD et CTSD prenant en			100	100	100	100	100	100

	compte l'intégration								
	Nombre d'activités de monitoring au niveau communautaire prenant en compte l'intégration de la SRMNIA-N								
Produit 1.3 : Les bonnes pratiques en matière d'intégration de la SRMNIA-N sont distinguées, capitalisées et font l'objet d'une communication efficace									
	Nombre de bonnes pratiques documentées dans le cadre la stratégie de l'intégration de la SRMNIA-N par les districts (2 bonnes pratiques/région/an)			26	26	26	26	26	26
	Nombre de bonne pratiques diffusés dans le cadre de la stratégie de l'intégration de la SRMNIA-N			8	8				
	Proportion de région ayant organisé le prix d'excellence de l'intégration de la SRMNIA-N			100	100	100	100	100	100
Produit 1.4 : Un dispositif efficace de suivi/évaluation des services de SRMNIA-									

N intégrés est mis en place et est fonctionnel à tous les niveaux									
	Taux de promptitude des rapports mensuels d'activités des FS								
	Taux de promptitude des rapports mensuels d'activités des ASBC								
	Taux de complétude des rapports mensuels d'activités des FS								
	Taux de complétude des rapports mensuels d'activités des ASBC								
Effet 2 : La demande et l'offre de services intégrés de SRMNIA-N sont renforcées au niveau des formations sanitaires publiques, privées et communautaires									
	Taux de couverture VAT2 chez les femmes enceintes				75%	75%	80%		
	Taux de couverture en CPN4 et plus				83,5%	90%	96,5%		
	Taux d'accouchement assisté dans les formations				81,04%	82,32%	83,6%		

	sanitaires								
	Proportion de femmes ayant adopté une méthode contraceptive dans les 48H post partum								
	Proportion d'enfants mis au sein à la première heure				70%	73%	75%		
	Taux de couverture en consultation post natale 6 ^{ème} jour	Annuaire statistique MSHP		60,8 (2021)					
	Taux de couverture en consultation post natale 6 ^{ème} semaine	Annuaire statistique MSHP		36,2 (2021)					
	Prévalence de l'allaitement exclusif				70,71 %	73,65 %	75,80 %		
	Proportion d'enfants complètement vaccinés 12 à 23 mois				100%	100%	100%		
	Taux de prévalence contraceptive moderne	PMA			37,5%	39,4 %	41,3 %		
	Proportion de FS de base (CSPS/CM) publiques offrant les soins intégrés				137 (Centre-Sud)				

	SRMNIA-N								
	Proportion de FS de CMA publiques offrant les soins intégrés SRMNIA-N	RMA			4 (Centre-Sud)				
	Proportion de FS privées offrant les soins intégrés SRMNIA-N								
	Nombre de femmes reçues pour soins après avortement			48 420 (2021)					

Produit 2.1 : Les structures sanitaires privées et publiques disposent d'infrastructures, d'équipements et de de matériels adéquats pour l'offre des services en SRMNIA-N

	% structures sanitaires privées disposant d'infrastructures adéquates pour l'offre des services en SRMNIA-N								
	% structures sanitaires privées disposant d'équipements et de de matériels adéquats pour l'offre des services en SRMNIA-N								
	% structures								

sanitaires publiques disposant d'infrastructures adéquates pour l'offre des services en SRMNIA-N									
% structures sanitaires publiques disposant d'équipements et de matériels adéquats pour l'offre des services en SRMNIA-N									

Produit 2.2. La demande et l'offre de services de SRMNIA-N intégrés au niveau communautaire sont renforcées

Nombre de visites à domicile réalisées par l'agent de santé communautaire qui ont porté à la fois sur la PF, la nutrition et la vaccination	ENDOS	DSS	1207						
Nombre de VAD réalisées (ANJE, CPN, PF, CPoN, consultation infantile)									
Nombre de personnes touchées									

	(ANJE, CPN, PF, CPoN, consultation infantile) par les VAD								
	Nombre de causeries réalisées (ANJE, CPN, PF, CPoN, consultation infantile)								
	Nombre de personnes touchées (ANJE, CPN, PF, CPoN, consultation infantile) par les causeries								

Produit 2.3 : La qualité des services de SRMIA/Nutrition est renforcée dans les formations sanitaires publiques et privées

Produit 2.3 : les formations sanitaires publiques et privées offrent des services de SRMIA/Nutrition intégrés de qualité

	Taux de satisfaction des utilisatrices des services intégrés de SRMIA-N				100	100	100	100	100
	Taux de disponibilité des produits SR				100	100	100	100	100
	Proportion des accouchements assistés avec partogramme	Annuaire MSHP		87,2 (2021)					
	% de femmes reçues en CPN qui ont	Endos	DSS	80	100	100	100	100	100

	bénéficié d'un counseling PFPP et de conseils nutritionnels ;								
	% de femmes reçues en CPN qui ont bénéficié d'une préparation à l'accouchement et aux urgences (PAU), d'un counseling PFPP et de conseils nutritionnels								
	% de femmes ayant adopté une méthode contraceptive moderne dans les 48 heures après l'accouchement avec partogramme dont le nouveau-né a été mis au sein dans l'heure qui suit la naissance et a bénéficié de soins ombilicaux à la Chlorhexidine gel 7,1%	Endos	DSS	9	100	100	100	100	100
	% de nouveau-nés de faible poids de naissance et	Endos	DSS	16,6	100	100	100	100	100

des prématurés qui ont bénéficié de la méthode Kangourou, dont la mère a adopté une méthode contraceptive moderne et a reçu des conseils sur l'allaitement maternel exclusif									
% de femmes reçues en CPoN qui ont adopté une méthode contraceptive moderne et dont le nourrisson bénéficie de l'allaitement maternel exclusif	Endos	DSS	27,7	100	100	100	100	100	100
% de femmes reçues en CPoN qui ont adopté une méthode contraceptive moderne et dont l'enfant est à jour de ses vaccins	Endos	DSS	27,7	100	100	100	100	100	100
% de nourrissons de 0-6 mois reçus en Consultation	Endos	DSS	36,1	100	100	100	100	100	100

Enfants Sains qui sont à jour de leurs vaccins et dont la mère a adopté une méthode contraceptive moderne									
% de nourrissons de 0-6 mois reçus en vaccination dont la mère a adopté une méthode contraceptive moderne et a bénéficié de conseils nutritionnels	Endos	DSS	36,1	100	100	100	100	100	100
% de femmes avec nourrisson de 0 - 6 mois reçues en PF, qui ont reçu des conseils nutritionnels dont l'enfant est à jour de ses vaccins	Endos	DSS	85,3	100	100	100	100	100	100
% de femmes avec nourrisson de 6 mois vues en PF, ayant reçu des conseils sur l'alimentation complémentaire et dont l'enfant a reçu	Endos	DSS	85,3	100	100	100	100	100	100

	la vitamine A								
Effet 3 : les ressources humaines en santé disponibles, motivées et compétentes mettent en œuvre les interventions en SRMNIA-N de manière adéquate									
	Densité des prestataires formés en intégration des services SRMNIA-N								
Produit 3.1 : les RH des formations sanitaires publiques et privées sont compétentes pour la MEO des interventions de SRMNIA-N									
	Proportion de FS de base disposant d'au moins 2 prestataires formés en intégration des services SRMNIA-N								
	Proportion d'écoles/instituts de formation des agents de santé dont les enseignants sont formés sur l'intégration des services SRMNIA-N								
	Proportion de prestataires du public formés sur l'offre de soins SRMNIA-N								
	Proportion de prestataires du privé formés sur l'offre de								

	soins SRMNIA-N								
Produit 3.2 : Les capacités des ressources humaines pour soutenir le processus de passage à grande échelle sont renforcées									
	Proportion d'appuis techniques apportés aux Districts sanitaires dans l'offre des services SRMNIA-N								
	Proportion de prestataires mentorés dans l'offre ses services SRMNIA-N								

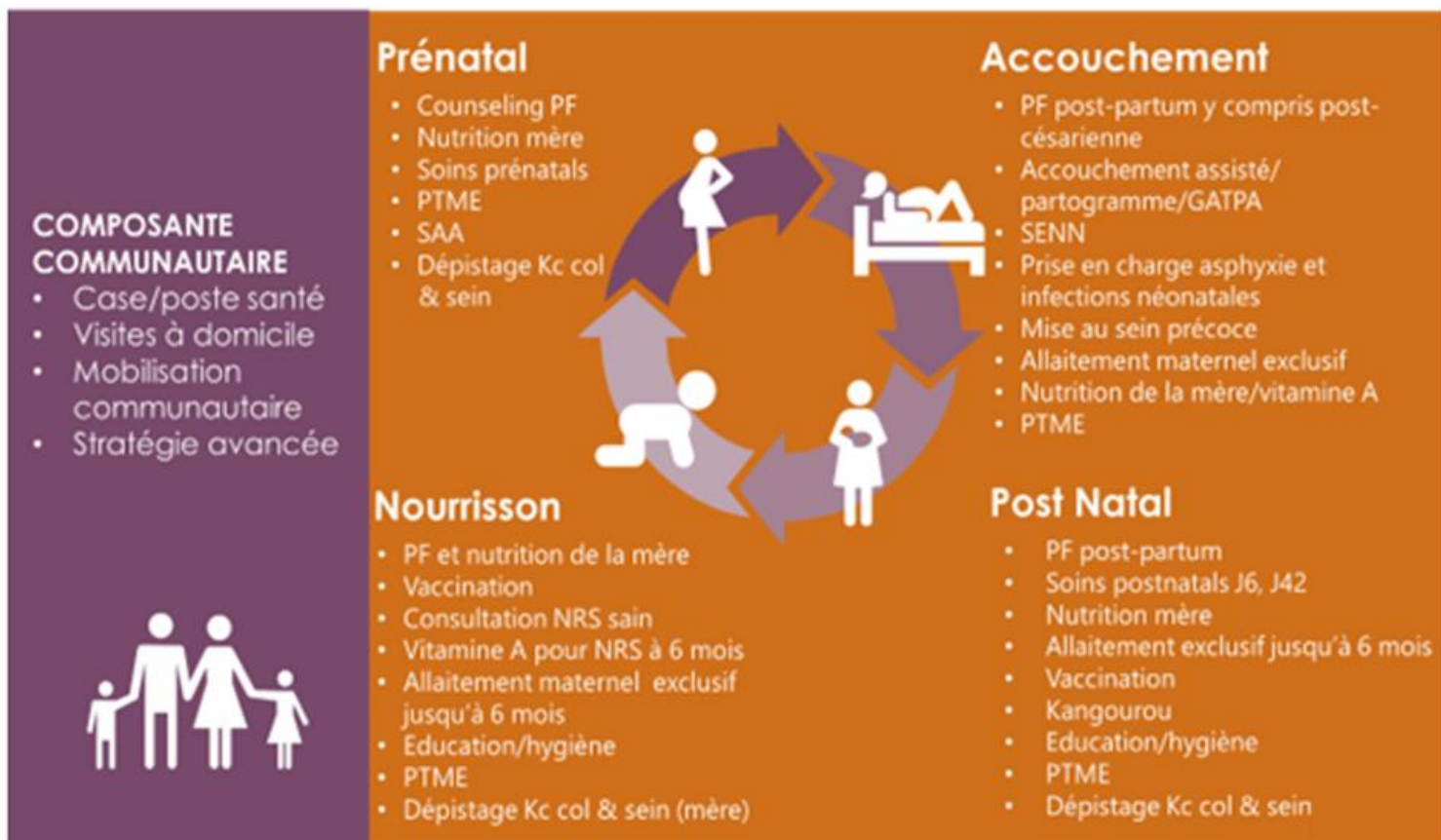
CONCLUSION

Bien que clairement affichée par les différents documents d'orientations politiques et stratégiques, l'opérationnalisation de l'intégration des services de SRMNIA-N reste un défi sur le terrain. Le présent plan de passage à grande échelle nationale (après la phase pilote réussie de Pô) de l'intégration des services de SRMNIA-N se veut une opportunité d'amélioration des indicateurs de santé de la reproduction maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent et de nutrition.

ANNEXE

Annexe 1 : Diagramme de la stratégie d'intervention

STRATEGIE D'INTEGRATION DES SERVICES DE SRMNIA-NUTRITION



Annexe 2 : Logique d'intervention de la stratégie d'intégration de la SRMNIA-Nutrition

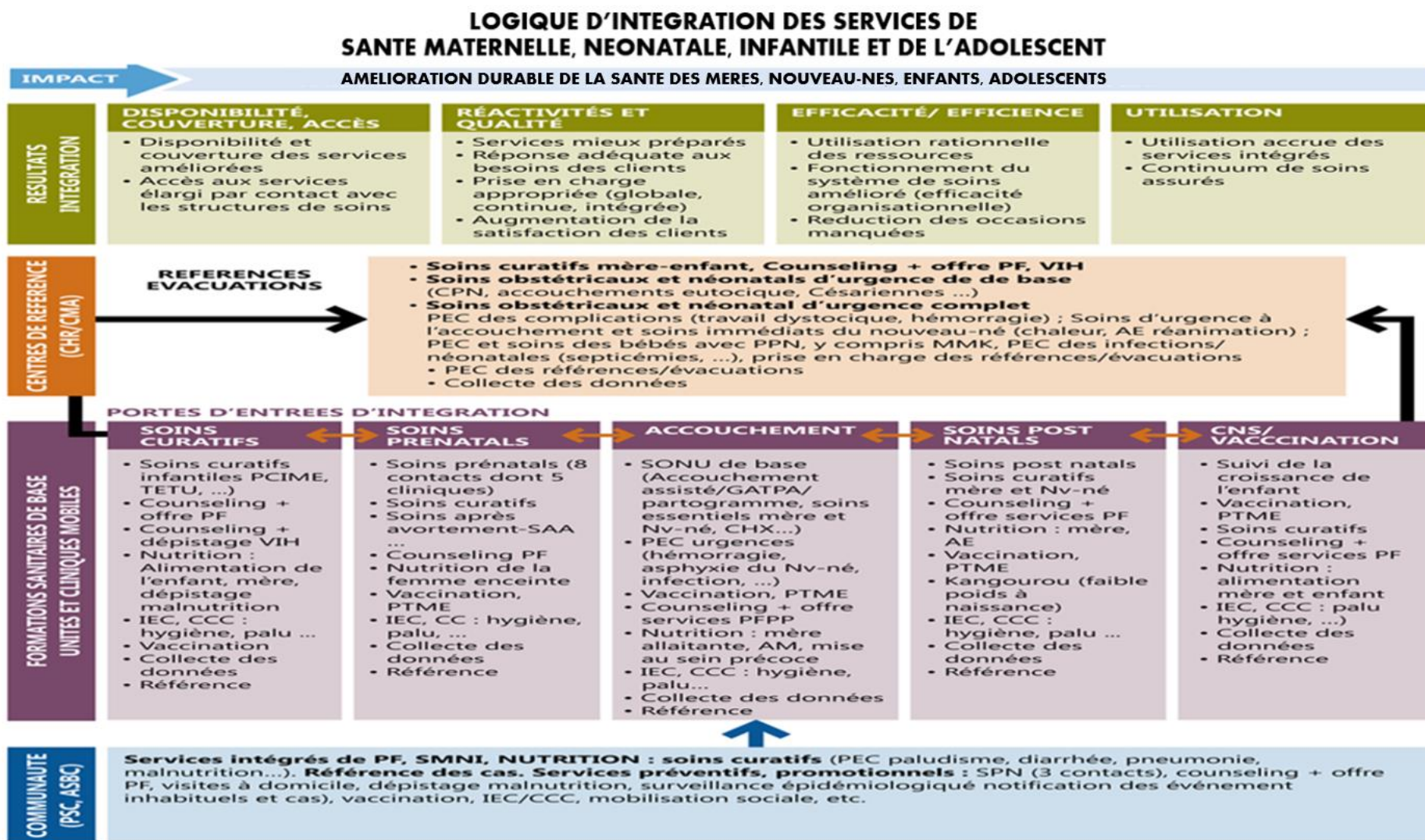
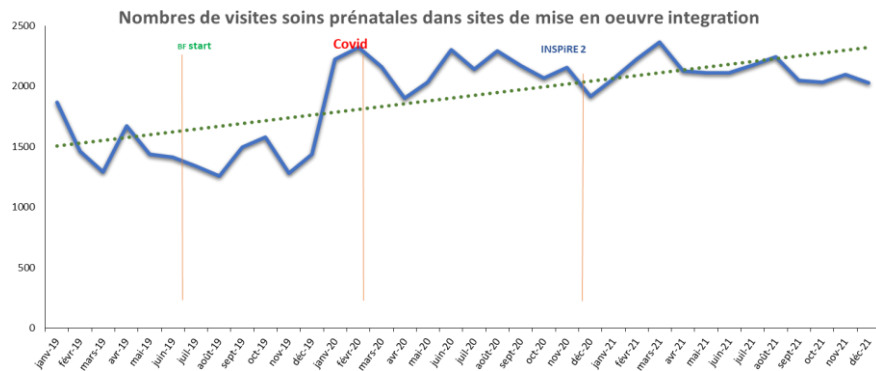


Figure 1 : Logique d'intervention de la stratégie d'intégration de la SRMNIA-Nutrition

Annexe 3 : Effets de l'intervention sur les indicateurs des formations sanitaires sites du modèle d'intégration des services de PFPP/ SMNI/NUTRITION.

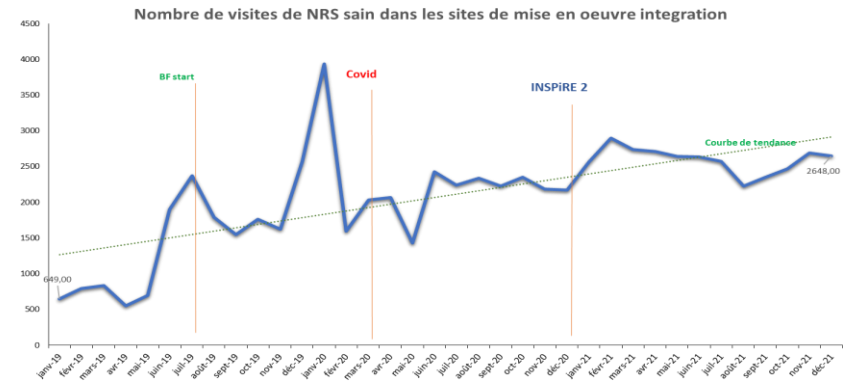
1. Effets sur la CPN

Hausse de 57% entre 2018 et 2021



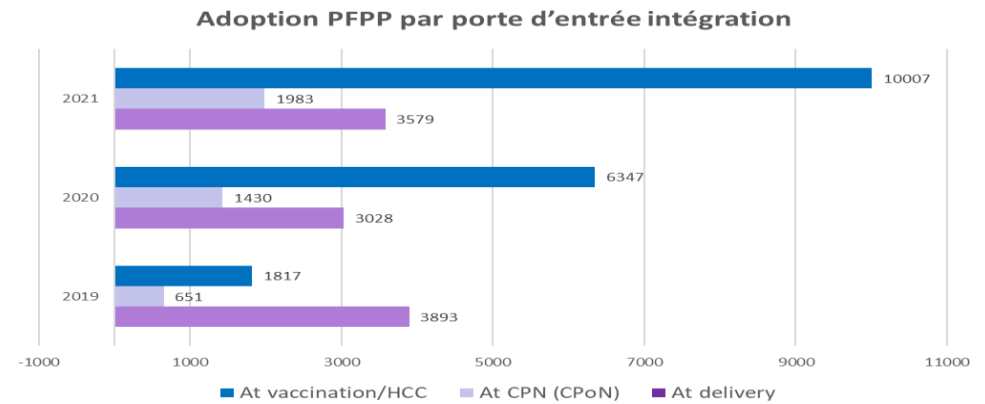
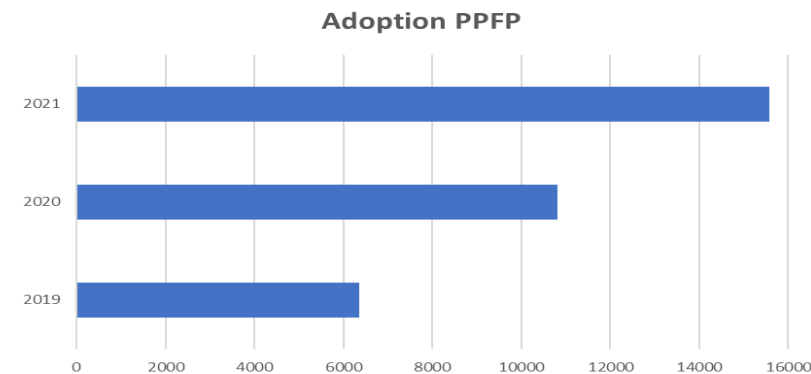
2. Effets sur la CNS

Hausse de 308% entre janvier 2019 et décembre 2021

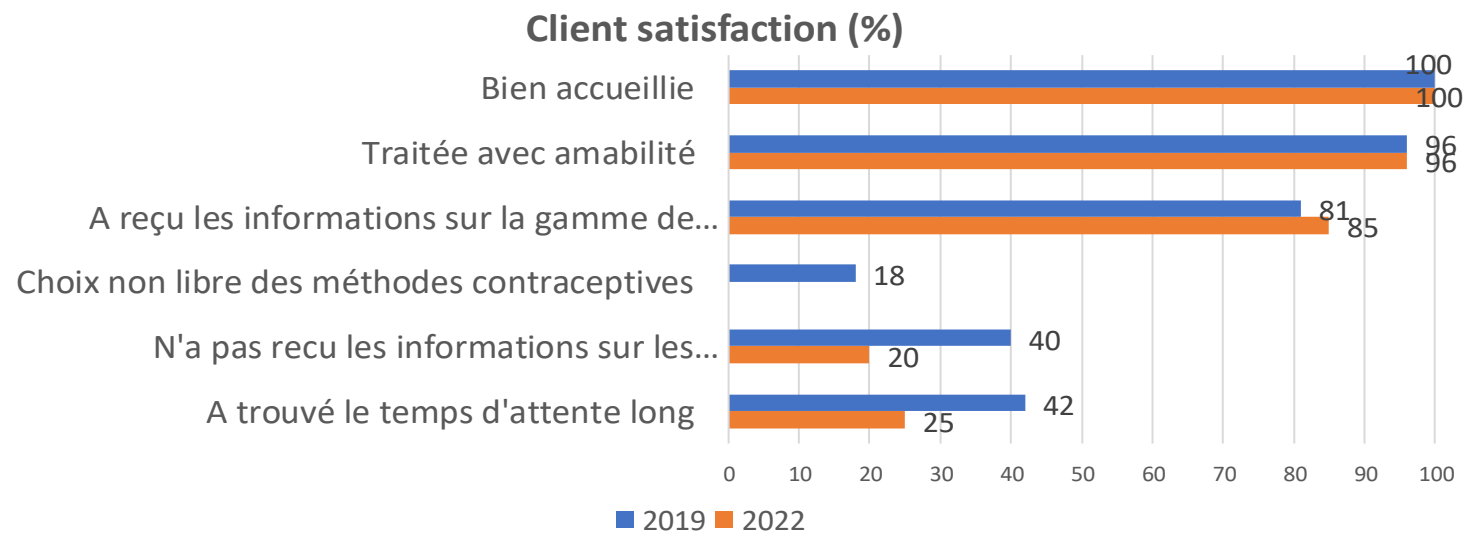


3. Effets adoption de la PFPP

Hausse de 144% du nombre de femmes ayant adopté une méthode PF dans la période de postpartum entre 2019 et 2021



4. Appréciation des bénéficiaires



Annexe 4 : Résultats de l'évaluation de l'efficacité d'un modèle d'offre de services intégrés de PFPP/ SMNI/NUTRITION.

Tableau 1 : Adoption de méthodes contraceptives dans le postpartum

	Groupe d'intervention			Groupe de comparaison			P
	Utilisatrices	%	N	Utilisatrices	%	N	
Utilisation de la contraception (toutes méthodes)	184	48,4	380	124	34,1	364	<0,001
Utilisation de la contraception (méthodes modernes)	180	47,4	380	121	33,2	364	<0,001

Tableau 2 : Utilisation des services

		Groupe d'intervention		Groupe de comparaison		P
		N	%	N	%	
Nombre de consultations prénatales (CPN)	1-3 CPN	481	45,0	546	51,5	0,002
	Au moins 4 CPN	589	55,0	514	48,5	
Nombre de visites postnatale (CPoN)	Une visite	280	43,8	455	68,5	0,000
	Deux visites	265	41,4	180	27,1	
	Trois visites	95	14,8	29	4,4	
Nombre de visites CNR/vaccination	0	115	11,6	76	7,8	0,000
	1-3	419	42,4	603	62,2	
	Au moins 4	455	46,0	290	29,9	