

GK/HO
BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice

DECRET N°2014- 749 /PRES/PM/MS
portant adoption de la stratégie de promotion
de la santé et du plan d'actions de la stratégie de
promotion de la santé 2015-2019.

LE PRESIDENT DU FASO,
PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES,

VU la Constitution ;

VU le décret n°2012-1038/PRES du 31 décembre 2012 portant nomination du
Premier Ministre ;

VU le décret n°2013-002/PRES/PM du 02 janvier 2013 portant composition du
Gouvernement ;

VU le décret n° 2011-657/PRES/PM/MS du 19 septembre 2011 portant
adoption d'un document de politique nationale de santé ;

VU le décret n° 2011-658/PRES/PM/MS du 19 septembre 2011 portant
adoption d'un plan national de développement sanitaire ;

VU le décret n°2013-104/PRES/PM/SGG-CM du 07 mars 2013 portant
attributions des membres du gouvernement ;

Sur rapport du Ministre de la Santé ;

Le Conseil des Ministres entendu en sa séance du 16 juillet 2014 ;

DECRETE

Article 1 : Sont adoptés la stratégie de promotion de la santé et le plan
d'actions de la stratégie de promotion de la santé 2015-2019 dont les
textes sont annexés au présent décret.

Article 2 : Le Ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel du Faso.

Ouagadougou, le 10 septembre 2014

Le Premier Ministre


Beyon Luc Adolphe TIAO


Blaise COMPAORE

Le Ministre de la Santé


Léné SEBGO

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



STRATEGIE NATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTE

Août 2014

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE.....	1
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION.....	4
I. MISSION DU SECTEUR DE LA SANTE ET RAPPEL DE LA PNS	4
1.1 Mission du secteur de la santé.....	4
1.2 Rappel de la politique nationale de santé.....	4
II. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE	5
2.1 Contexte international	5
2.2 Contexte régional.....	6
2.3 Contexte national	8
2.4 Problèmes prioritaires	18
III. VISION, FONDEMENTS ET PRINCIPES DIRECTEURS	19
3.1 Vision.....	19
3.2 Fondements.....	Erreur ! Signet non défini.
3.3 Valeurs et Principes	20
IV. OBJECTIFS GLOBAUX	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	21
5.1 Amélioration des modes et des conditions de vie.....	22
5.2 Renforcement du leadership, de l'action communautaire et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé	22
VI. PROGRAMMES.....	23
6.1 Progr.1 : Développement des aptitudes individuelles favorables à la santé.....	23
6.2 Progr. 2 : Création d' environnements favorables à la santé	23
6.3 Progr. 3 : Renforcement de la participation communautaire et des IBC.....	25
6.4 Progr. 4 : Renforcement du leadership et de l'offre des services en faveur de la PS.....	25
VII. FINANCEMENT DE LA STRATEGIE NATIONALE PS	26
VIII. MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	27
8.1 Mise en œuvre.....	27
8.2 Dispositif de pilotage	27
8.3 Suivi et évaluation.....	27
8.4 Conditions de succès.....	27

PREAMBULE

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique élevés. Les résultats des enquêtes font apparaître un taux brut de mortalité de l'ordre de 11,8‰ en 2006. Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

Généralement, les actions entreprises se sont limitées à des aspects parcellaires et superficiels sans prendre en compte ni tous les aspects ou facteurs en cause ni tous les acteurs potentiellement concernés par les problèmes visés.

La preuve est maintenant établie au niveau mondial et dans la région subsaharienne d'Afrique que la persistance des faibles indicateurs de santé et de développement est le fait de nombreux facteurs intrinsèquement liés et qui sont, pour la plupart, en dehors du secteur sanitaire. Ces facteurs ne sont pas souvent pris en compte dans leur entièreté et de façon simultanée dans les projets et programmes du Ministère de la Santé.

Le présent document se veut être la réponse du gouvernement burkinabè à la recommandation des Chefs d'Etat et de Gouvernement de la région africaine de l'OMS demandant à chaque pays de mettre en place les structures et les mécanismes nécessaires à la reconnaissance et à la mise en pratique de la Promotion de la santé. La vision de la stratégie nationale de promotion de la santé (SNPS) se décline comme suit : «Un bien-être de tous les burkinabè à travers un environnement propice, l'adoption de modes individuels de vie sains et des interventions à base communautaire performantes». Cette vision s'insère de ce fait dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020 pour l'amélioration de l'état de santé des populations burkinabè.

Je souhaite vivement que ce document stratégique serve de guide à l'ensemble des acteurs de la pyramide sanitaire et à toutes les structures de développement de notre pays pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'interventions efficaces en appui aux prestations de soins.

Le Ministre de la Santé

Léné SEBGO
Officier de l'ordre national

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGR	: Activités génératrices de revenu
ASBC	: Agent de santé à base communautaire
ASV	: Agent de santé villageois
AV	: Accoucheuse villageoise
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CNHP	: Conseil national de l'hygiène publique
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
SBC	: Service de santé à base communautaire
CHR	: Centre hospitalier régional
COGES	: Comité de gestion
DPS	: Direction de la promotion de la santé
DSS	: Déterminants sociaux de la santé
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EICVM	: Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages
IB	: Initiative de Bamako
IBC	: Interventions à base communautaire
IGR	: Intervention à gain rapide
INSD	: Institut national des statistiques et de la démographie
IRA	: Infections respiratoires aiguës
MENA	: Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation
OBC-E	: Organisation à base communautaire d'exécution
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PIB	: Produit intérieur brut
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNS	: Politique nationale de santé
PNUD	: Programme des nations unies pour le développement
PSP	: Poste de santé primaire
PTF	: Partenaires techniques et financiers
SCADD	: Stratégie de croissance accélérée pour le développement durable

SNIS	: Système national d'information sanitaire
SNPS	: Stratégie nationale de promotion de la santé
SSP	: Soins de santé primaires
TIC	: Technologie de l'information et de la communication
URSS	: Union des Républiques socialistes et soviétiques
VAR	: Vaccin anti-rougeoleux
VIH-SIDA	: Virus de l'immunodéficience humaine-Syndrome de l'immuno-déficience acquise

INTRODUCTION

Les systèmes de santé ont longtemps mis l'accent sur les seuls soins préventifs et curatifs à travers les actes médicaux. Cette option a montré ses limites dans l'atteinte de l'amélioration de la santé et du bien-être, d'où la nécessité de repenser ces systèmes en s'appuyant sur le modèle global de la santé.

En rappel, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La promotion de la santé s'inscrit dans cet entendement.

Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire, elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être (OMS, 1986). Dès lors, les déterminants sociaux de la santé (DSS) apparaissent comme les facteurs essentiels sur lesquels doivent porter les interventions en promotion de la santé.

Dans cette perspective, en 2008, le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (DSS)¹ a évoqué trois principes pour l'action à savoir : « (i) l'amélioration des conditions de vie quotidiennes des populations, (ii) la lutte contre les inégalités dans la répartition du pouvoir et des ressources, (iii) la mesure et l'analyse de l'ampleur des problèmes ».

Ces principes invitent à une vision holistique dans la résolution des problèmes de santé. C'est pourquoi il est nécessaire de se doter de politiques à même de répondre efficacement aux préoccupations des populations.

Fort de cela, le Burkina Faso a élaboré ce document de stratégie nationale de promotion de la santé (SNPS) pour contribuer à relever les défis en matière de développement. Son élaboration a suivi un processus participatif, en s'inspirant du guide méthodologique d'élaboration des politiques sectorielles du Burkina Faso². Il s'articule autour des principaux points suivants :

- la mission du secteur de la santé et rappel de la politique nationale de santé ;
- l'analyse de la situation de la promotion de la santé ;
- la vision, les fondements, et les principes directeurs ;
- les objectifs globaux et les orientations stratégiques ;
- les programmes ;
- le financement de la stratégie nationale de promotion de la santé ;
- les mécanismes de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.

¹ OMS ; Commission des Déterminants sociaux de la Santé (2008) : Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

² Ministère de l'économie et des finances. (2010). *Guide méthodologique d'élaboration des politiques sectorielles*.

I. MISSION DU SECTEUR DE LA SANTE ET RAPPEL DE LA PNS

Mission du secteur de la santé

La mission du secteur de la santé est centrée sur les attributions du Ministère de la santé telles que définies par le décret n°2013-104/PRES/PM du 7 mars 2013, portant attributions des membres du gouvernement et le décret n° 2013-404/PRES/PM/SGG-CM du 23 mai 2013 portant organisation type des départements ministériels.

Aux termes de ces décrets, le Ministère de la santé assure la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique du Gouvernement en matière de santé et de planification stratégique.

Toutefois, il est important de rappeler que la mission du secteur de la santé va au-delà du seul ministère en charge de la santé. En effet, le secteur est défini dans l'étude portant définition des secteurs de planification comme étant *« un domaine composite où interagissent un ensemble d'acteurs interdépendants concourant à réaliser des objectifs nationaux de développement »*.

Rappel de la politique nationale de santé

La vision de la santé découle de celle du Burkina Faso énoncée dans l'étude nationale prospective (ENP) « Burkina 2025 » *« une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale »*. Cette vision de la santé se traduit comme étant *« le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant »*.

La PNS se fonde sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et des valeurs d'équité, de justice sociale, de solidarité, de redevabilité, d'éthique, de probité, de respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que de l'approche genre et de la bonne gouvernance.

Le but de la politique nationale de santé est de contribuer au bien-être des populations. Pour atteindre ce but, huit orientations stratégiques ont été retenues :

- le développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- l'amélioration des prestations de services de santé ;
- le développement des ressources humaines pour la santé ;
- la promotion de la santé et lutte contre la maladie ;
- le développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ;
- l'amélioration de la gestion du système d'information sanitaire ;
- la promotion de la recherche pour la santé ;
- l'accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé vise les résultats suivants :

- le leadership et la gouvernance dans le secteur de la santé sont renforcés ;
- les services de santé sont plus performants et offrent des prestations de santé de meilleure qualité à toute la population aux différents niveaux du système de santé y compris au niveau communautaire ;
- les mortalités spécifiques sont réduites significativement par rapport à leur niveau de base renseigné par les données de l'enquête démographique et de santé (EDS) 2010.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé aura contribué à une augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance, et à un meilleur bien-être des populations.

L'opérationnalisation de cette politique nationale de santé se fait à travers la déclinaison soit en politiques spécifiques, soit en programmes, soit en plans stratégiques. Au nombre de ces politiques, figure celle de la promotion de la santé qui inscrit la résolution des problèmes de santé au cœur de l'action concertée de plusieurs secteurs de développement.

II. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE

2.1. Contexte international

Après la Déclaration d'Alma Ata sur les SSP, en Union des Républiques socialistes et soviétiques (URSS) en 1978, la Charte d'Ottawa, proclamée à Ottawa au Canada, définit la promotion de la santé comme le « *processus qui confère aux populations, les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (OMS, 1986)³. Ce référentiel de la promotion de la santé prévoit cinq (5) principales orientations stratégiques en vue de guider efficacement les nations désireuses de faire de la promotion de la santé, un cheval de bataille. Il s'agit de : (i) l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, (ii) la création d'environnements favorables à la santé, (iii) le renforcement de l'action communautaire, (iv) l'acquisition d'aptitudes et ressources individuelles, et (v) la réorientation des services de santé.

A la suite de la rencontre d'Ottawa, une série de conférences mondiales sur la promotion de la santé a été organisée sous l'initiative de l'OMS.

En 1988, lors de la conférence d'Adélaïde en Australie, il a été recommandé qu'il soit mis en place, des politiques publiques favorables à la santé.

³ OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première Conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa, Canada.

La Conférence de Sundsvall en Suède, en 1991 s'est attachée quant à elle, à mettre en exergue la nécessité de créer des milieux favorables à la santé, mettant ainsi en lumière le lien entre la santé et l'environnement.

Lors de la Conférence de Djakarta en Indonésie, en 1997, il a été énoncé les priorités⁴ en promotion de la santé, mais surtout les conditions des priorités d'adaptation de la promotion de la santé au 21^e siècle.

De son côté, la Conférence de Mexico (Mexique) en 2000, a invité les gouvernements à mettre l'accent sur le développement social et économique, l'équité et le support social comme des facteurs de protection.

En 2005, la Conférence de Bangkok en Thaïlande, a énoncé une deuxième charte dite « Charte de Bangkok » qui met l'accent sur l'action sur les DSS, en tenant compte du contexte de la mondialisation, des inégalités sociales et du partenariat public-privé. Par ailleurs, elle exhorte les gouvernements à allouer des ressources à la promotion de la santé, à établir des plans d'action et à en suivre l'exécution au moyen d'indicateurs et de cibles appropriés, afin de s'acquitter du devoir de redevabilité.

La Conférence qui s'est tenue en 2009 à Nairobi, au Kenya, a invité les gouvernements et leurs partenaires à l'action pour combler le fossé de la mise en œuvre en matière de promotion de la santé. Cette rencontre a été pour les gouvernements africains un appel à l'action sur les maladies transmissibles et non transmissibles par la promotion de la santé.

Lors de la Conférence de Helsinki en Finlande, en 2013, la pratique de la santé dans toutes les politiques nationales de santé a été rappelée.

D'une conférence à l'autre, des rencontres ou déclarations intermédiaires ont eu lieu soit pour opérationnaliser les orientations, soit pour prendre en compte le contexte sans cesse évolutif de la santé. Toute cette dynamique traduit une volonté manifeste des experts et des autorités gouvernementales issus de différents pays, de donner à la promotion de la santé sa place dans tout processus de développement de la personne.

2.2. Contexte régional

La 51^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue à Brazzaville au Congo en 2001, a adopté la résolution AFR/RC51/R4 portant stratégie régionale de promotion de la santé, en guise de riposte à l'émergence ou à l'expansion de maladies évitables par des actions de santé publique. Cette stratégie a pour objectif entre autres, d'élaborer des stratégies nationales comprenant des cadres de politiques et des plans d'action.

⁴Promouvoir la responsabilité sociale en matière de santé; accroître les investissements en faveur du développement sanitaire; renforcer et élargir les partenariats pour la santé; accroître les capacités communautaires et responsabiliser l'individu; mettre en place une infrastructure de promotion de la santé.

Selon le rapport⁵ sur la situation de la mise en œuvre de cette stratégie, des progrès ont été réalisés notamment la mise à disposition d'outils et de lignes directrices applicables à la promotion de la santé.

Cependant, ledit rapport a mis en évidence plusieurs lacunes à combler. Il s'agit notamment: (i) du faible leadership et de la faible impulsion donnée par les ministères de la santé en ce qui concerne la coordination intersectorielle des activités de promotion de la santé; (ii) du faible niveau d'implication de divers acteurs, en particulier la société civile et les communautés, dans les actions de plaidoyer visant à réglementer et à légiférer en faveur d'une bonne gouvernance sanitaire; (iii) de l'inadéquation des bases factuelles sur l'efficacité de la promotion de la santé; (iv) de l'absence d'un mécanisme de financement durable capable de soutenir les activités de promotion de la santé; et (v) de l'insuffisance d'une masse critique de praticiens de la promotion de la santé, y compris au niveau des communautés.

La déclaration de Ouagadougou sur les SSP et le renforcement des systèmes de santé en Afrique, stipule que *« les solides interrelations existant entre les déterminants de la santé, tels que le développement économique, la gouvernance, l'éducation, le genre, la sécurité alimentaire et la nutrition, l'environnement, la paix et la sécurité, soulignent la nécessité de s'attaquer aux déterminants de la santé en Afrique, en particulier dans les milieux pauvres en ressources où les inégalités en matière de santé et les problèmes d'accès aux soins de santé sont plus graves »* (OMS, 2008)⁶.

La déclaration de Libreville au Gabon sur la Santé et l'Environnement en Afrique vise à assurer la sécurité sanitaire à travers un environnement sain (OMS, 2008).

En 2012, à Luanda (République d'Angola), la 62^e session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la stratégie régionale de promotion de la santé révisée⁷. Réaffirmant le rôle d'encadrement du Ministère de la santé et l'importance de la multisectorialité, ladite stratégie prône la création de dispositifs viables de financement innovant de la promotion de la santé. Elle rappelle avec insistance la nécessaire implication des Etats membres pour assoir un dialogue social et intégrer la santé dans toutes les politiques.

⁵OMS (2011) *Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale de promotion de la santé*, 61^e Session du Comité régional de l'Afrique ; Yamoussoukro (CI)- AFR/RC61/PR/4 du 5 juillet 2011.

⁶OMS. (2008). *Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: réaliser de meilleurs résultats pour la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire*. 30 avril 2008.

⁷OMS. (2012). *Stratégie de promotion de la santé de l'OMS pour la région africaine*. Soixante-deuxième session. Luanda, République d'Angola, 19-23 novembre.

2.3. Contexte national

2.3.1. Données générales

Pays enclavé, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso couvre une superficie de 274 200 km². Le climat est de type tropical avec une saison pluvieuse de mai à septembre et une saison sèche d'octobre à avril. On note un phénomène croissant de déforestation et de désertification lié aux changements climatiques et à la pression de l'homme sur la végétation.

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 351 communes dont 49 communes urbaines, et compte 8228 villages (INSD, 2006)⁸.

Avec un taux d'accroissement annuel de 3,1%, la population totale du Burkina Faso est estimée à 17 322 796 habitants en 2013. Cette population est en majorité jeune. En effet les adolescents et les jeunes âgés de 10 à 24 ans représentent 32,5 % de cette population. Le taux brut de natalité est de 46‰. L'indice synthétique de fécondité est de 6,0 enfants par femme selon l'EDS IV. Le taux global de fécondité générale est de 195‰ tandis que le taux de mortalité en baisse continue est de 11,8‰ (INSD, 2006).

La frange féminine représente 51,7% de la population globale qui est constituée de 46,4% de jeunes de moins de 15 ans, 17,38% d'enfants de moins de cinq ans et 23,56% de femmes en âge de procréer. L'espérance de vie à la naissance est passée de 32 ans en 1960 à 56,7 ans en 2006 (INSD, 2008), soit une augmentation de 24,7 ans. La majorité de la population vit en milieu rural et le pays compte environ 67 groupes ethnolinguistiques. Les principales religions sont l'islam (60,5%), le christianisme (23,2%) et l'animisme (15,3%) (INSD, 2006). Le Burkina Faso est un pays de fortes migrations internes et surtout externes. Les récentes crises sociopolitiques dans les pays voisins ont drainé un flux important de réfugiés à l'intérieur du Burkina Faso, augmentant les besoins en santé, en éducation et en alimentation.

Au plan économique, le taux de croissance annuel du PIB était de 5,2% en 2010 contre 3,2% en 2009. Cette performance est imputable au dynamisme d'ensemble des trois secteurs primaire, secondaire et tertiaire. Selon le Programme des nations unies pour le développement (PNUD, 2013), l'indice de développement humain du Burkina Faso est 0.343, classant le pays au rang de 183^e sur 186. Le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par personne et par an et la proportion de la population vivant en dessous de ce seuil de 43,9%. Cette pauvreté est plus marquée en milieu rural (50,7%) qu'en milieu urbain (19,9%) (EICVM-2009) et affecte particulièrement les enfants (45,3%) et les femmes (47,1%) (INSD-2011). Les écarts détermineraient la persistance des inégalités d'accès aux soins de santé.

⁸ Institut National de Statistiques et de la Démographie du Burkina Faso (INSD). (2006). *Recensement général de la Population et de l'Habitat*.

L'économie est dominée par les activités de subsistance avec un PIB relativement bas se traduisant par la pauvreté de la majorité des populations. La majorité de la population reste analphabète (71,3%).

En ce qui concerne l'éducation, le taux brut de scolarisation est passé de 45,9% en 2000-2001 à 79,6 % en 2011-2012. Le taux net de scolarisation était de 62,2%. Les indices de parité filles/garçons étaient de 0,98 pour le niveau d'admission et de 0,96 pour le niveau de scolarisation. (MENA⁹, 2012). Selon la même source, le taux d'achèvement scolaire est de 55,1%. Quant au taux d'alphabétisation, il est de 28,7% (INSD, 2007)

Pour ce qui est de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, la volonté politique a été un facteur déterminant qui a permis de progresser significativement. En effet, le pays a adopté en décembre 2006 un Programme national d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement (PN-AEPA) à l'horizon 2015. Selon le rapport grand public 2012, de 2007 à 2012, le taux d'accès à l'eau potable en milieu rural est passé de 52,8% à 63%. En milieu urbain, il est passé de 68% à 83%. S'agissant de l'assainissement des eaux usées et excréta, le taux d'accès à l'assainissement amélioré a augmenté, de 0,8% en 2010 à 3% en 2012 en milieu rural et en milieu urbain il est passé de 15% en 2007 à 27% en 2012.

En termes d'indicateurs de santé, la mortalité générale est de 11,8‰. Pour les mortalités spécifiques, celle infanto-juvénile a diminué de 32% entre 2003 et 2010, passant de 184 à 129‰. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 484 à 341/100.000 naissances vivantes selon l'EDS IV. Selon l'annuaire statistique 2012 du Ministère de la santé, le profil épidémiologique est dominé par les endémo-épidémies y compris le VIH/SIDA. Les maladies les plus meurtrières sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques.

Dans le domaine de la nutrition, les efforts faits pour la prise en charge de la malnutrition aiguë et l'alimentation du nourrisson et de jeune enfant de même que la lutte contre les carences en micronutriments ont permis de faire baisser les prévalences des malnutritions. En effet, entre 2008 et 2013, la prévalence de la malnutrition aiguë est passée de 12,4% à 8,2% et la malnutrition chronique est passée de 41% à 31,5% ; en 2013, l'insuffisance pondérale est de 21%¹⁰.

Par ailleurs, on assiste à une émergence de maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle le diabète, les cancers et les cardiopathies. Ces pathologies pourraient être sous-tendues par les facteurs communs de risque au nombre desquels on peut citer le tabagisme, l'alcoolisme, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité. En 2011, l'OMS-Burkina estimait à 21% la mortalité proportionnelle des MNT. La même source indique que les prévalences estimées du surpoids et de l'obésité étaient respectivement de 12,5% et de 2,3% en 2008.

⁹ Ministère de l'Éducation nationale et de l'alphabétisation (MENA), (2012) ; Annuaire statistique de l'éducation nationale

¹⁰Ministère de la Santé. (2013). Enquête Nationale de Nutrition. Direction de la Nutrition

Globalement, la situation sanitaire est marquée par la faible performance du système de santé. Elle se traduit par une morbidité et une mortalité toujours élevées dans un contexte de persistance des comportements à risque pour la santé.

2.3.2. Cadre institutionnel

Le système de santé comprend une organisation administrative et une organisation de l'offre de soins.

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 structures centrales ; ce sont les organes de décisions politiques et les instances d'appui technique et stratégique aux régions; (ii) le niveau intermédiaire correspondant aux directions régionales de santé assure un appui technique aux districts et coordonne les activités de santé dans la région; et (iii) le niveau périphérique représenté par le district sanitaire, exécute et assure le suivi des programmes de santé.

Les réformes récemment opérées au niveau du Ministère de la santé ont abouti à la création d'une Direction en charge de la promotion de la santé (DPS) par décret N°2013-926/PRES/PM/MS portant organisation du ministère de la santé du 10 octobre 2013.

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

Le sous-secteur public, a une organisation pyramidale et comprend trois niveaux :

- le 1^{er} niveau, représenté par le district sanitaire, est subdivisé en deux échelons : (i) Le premier échelon, le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical, constituent la porte d'entrée du système de santé. On y dispense un paquet minimum d'activités composé de soins curatifs, préventifs, réadaptatifs et promotionnels ;(ii) Le deuxième échelon, le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) ou hôpital de district, vient en complément au premier échelon en dispensant le paquet complémentaire d'activités.
- le 2^{ème} niveau de soins est représenté par le centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA.
- le 3^{ème} niveau, le plus élevé, assure des soins spécialisés. Il est composé de centres hospitaliers universitaires (CHU) et d'un hôpital national.

Le sous-secteur sanitaire privé (principalement présent dans les grandes villes) est en pleine expansion tout comme le sous-secteur de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

Les évacuations sanitaires à l'extérieur du pays complètent l'offre de soins.

2.3.3. Cadre législatif et réglementaire

D'une manière globale, il existe des textes de référence qui réglementent les interventions de promotion de la santé. On peut noter essentiellement :

- la Constitution qui confère aux burkinabés une égalité de jouissance des droits civiques, sociaux et politiques ;
- la Loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la Santé publique qui définit en son article premier, les droits et les devoirs inhérents à la protection et à la promotion de la santé dont il reconnaît l'objectif comme étant de donner à l'individu et à la collectivité un niveau de santé qui lui permette de mener une vie socialement acceptable, économiquement productive.
- la Loi n°043/96/ADP du 13 novembre 1996 portant Code pénal qui en ses articles 380 et 381, réprime le fait de porter atteinte à l'organe génital de la femme par ablation, excision, infibulation, insensibilisation ou par tout autre moyen ;
- la Loi N°022-2005/AN du 24 Mai 2005 portant code de l'hygiène publique au Burkina Faso qui consacre une part importante à la promotion de la santé en responsabilisant les collectivités territoriales dans la gestion des déchets solides et la création de la police de l'hygiène publique ;
- la loi N° 049-2005/AN du 21 décembre 2005 portant santé de reproduction qui protège les individus contre la propagation consciente des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH-SIDA ;
- la loi N°030-2008/ AN du 20 mai 2008 portant lutte contre le VIH/SIDA et la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA, elle prévoit des dispositions condamnant les actes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA afin de leur garantir une place dans la vie sociale.
- la Loi 040-2010/AN du 25 novembre 2010 portant lutte contre le tabac au Burkina Faso et ses textes d'application qui protège les enfants et les autres individus fragiles contre l'absorption passive de la fumée provenant de la combustion du tabac ;
- la Loi n°006 /2013/AN du 02 avril 2013 portant code de l'environnement ; faisant une halte sur la nécessité de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans d'élimination des déchets urbains en collaboration avec les municipalités ;
- le décret n° 2009-108/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 3 mars 2009 portant transfert de compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé ; le décret 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).

Il est important de noter toutefois une insuffisance dans l'application de ces textes.

2.3.4. Analyse des déterminants sociaux de la santé

Selon l'OMS (2008), les DSS sont « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* ». A l'origine de toutes les inégalités sociales de santé, les DSS sont décrits comme des facteurs dont le contrôle permet de rétablir l'équilibre à tous les niveaux. De manière pratique, les DSS peuvent être distingués en trois groupes : les environnements, les habitudes de vie et comportements, et les services de santé.

En rapport avec les environnements, on distingue, l'environnement physique, l'environnement socioéconomique, l'environnement législatif et l'environnement culturel.

Relativement à l'environnement physique, on peut mentionner l'insalubrité prononcée dans les villes et les campagnes. Les travaux d'intérêt commun qui comprennent le nettoyage, la collecte et l'élimination des déchets urbains ne retiennent pas suffisamment l'attention des collectivités territoriales, de la société civile, des communautés et des familles. On note également une insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux et industriels. En dépit de l'existence de schémas directeurs de gestion des déchets solides et des plans stratégiques de gestions des ordures ménagères dans quelques grandes villes du pays, il est nécessaire de renforcer la lutte contre l'insalubrité.

Pour les nuisances telle que la pollution atmosphérique, notre pays est en proie à des difficultés. En effet, une étude sur la qualité de l'air qui a été conduite dans la ville de Ouagadougou en 2007, a révélé que les concentrations pour les polluants mesurés (SO₂, NO, poussières en suspension, CO₂) ont affiché des valeurs préoccupantes. Les poussières émises restent la pollution principale de la ville avec une concentration moyenne journalière de 176µg/m³ et des pics pouvant atteindre 600µg/m³ contre une norme OMS de 70µg/m³. Cette pollution est responsable d'environ 15% d'augmentation des maladies respiratoires.

Pour ce qui concerne les ouvrages d'assainissement des eaux usées et excréta, leur réalisation a connu un essor ces dernières années avec la mise en œuvre de la politique et des stratégies en matière d'assainissement. Toutefois, on note une faible utilisation et un mauvais entretien de ces ouvrages aussi bien au niveau des ménages que dans les lieux publics (écoles, centres de santé, marchés, gares...).

La gestion des eaux pluviales est lourdement compromise par l'insuffisance des ouvrages d'assainissement autonomes et collectifs et l'incivisme des riverains qui font des caniveaux collecteurs, des dépotoirs d'ordures.

C'est dans ce contexte que le ministère de la santé à travers des programmes spécifiques, lutte sans relâche contre des fléaux tels le paludisme, les épidémies de choléra et les autres maladies transmissibles. Malgré tout, on assiste à une

persistance des maladies endémo-épidémiques. Dès lors, il convient de partager cette pensée d'un célèbre spécialiste de santé publique qui disait : « *il ne sert à rien de soigner les gens s'ils doivent retourner dans les milieux qui les ont rendus malades*¹¹ ».

Les lois portant Code de l'environnement et Code de l'hygiène publique prévoient qu'un soin particulier soit apporté à l'environnement physique afin de le rendre propice à la vie et à l'épanouissement de l'homme. Malheureusement, la mise en œuvre de certaines dispositions de ces lois connaît des insuffisances au nombre desquelles on peut retenir la non effectivité de la mise en place des démembrements des organes déconcentrés du conseil national de l'hygiène publique (CNHP) et de la police de l'hygiène.

L'environnement socioéconomique est marqué par une pauvreté, un chômage, et un sous-emploi structurels. Par ailleurs, le manque d'autonomie financière de certains groupes vulnérables ainsi que l'absence de mesures protectrices spécifiques, limitent l'accès aux soins de santé de qualité. Pour cela, des efforts sont consentis dans le sens de l'amélioration des conditions de vie des populations, notamment par la création de fonds d'appui aux petites et moyennes entreprises, l'accroissement de micro-financements, le développement des activités génératrices de revenus et la lutte contre le chômage. Mais ces actions restent insuffisantes.

Sur le plan éducatif, le Burkina Faso connaît des avancées significatives depuis la dernière décennie. Toutefois, beaucoup reste à faire pour atteindre l'objectif de l'éducation pour tous et de l'alphabétisation fonctionnelle.

Par ailleurs, force est de constater que l'accroissement démographique contribue à ralentir les efforts entrepris par le gouvernement et les partenaires au développement.

Les habitudes de vie et comportements sont influencés par des pesanteurs socioculturelles fortement ancrées dans les us et coutumes. La faible connaissance des modes d'installation et des moyens de préventions de la maladie ainsi que la faible appréciation des conséquences de ces affections constituent des facteurs prédisposant l'individu à des comportements à de risques pour la santé. Selon l'EDVS IV, 75% des ménages disposent d'un endroit pour se laver les mains. Cependant, 46 % ne disposaient ni d'eau, ni de savon, ni d'un quelconque produit nettoyant. Seulement 15 % des ménages disposent de toilettes améliorées et non partagées (42 % en milieu urbain et 6 % en milieu rural). La proportion des mères et gardiennes d'enfants qui utilise les toilettes ou latrines comme moyen pour se débarrasser des selles est de 0,9%.

¹¹ Michael Marmot, OMS, 2006

Au cours de ces dernières années, on assiste à l'émergence de certaines pathologies tels le diabète, l'asthme et l'hypertension artérielle. Quoiqu'ayant une base biologique, ces pathologies sont en grande partie favorisées par les habitudes et modes de vie. Par ailleurs, les choix alimentaires, la consommation de la drogue, du tabac et d'autres substances addictives ainsi que l'abus de l'alcool sont autant de fléaux qui minent la santé de la jeunesse.

Cet état de fait est souvent renforcé par les comportements peu recommandés des professionnels et de certaines personnes « modèles » de la communauté.

Des efforts importants ont été engagés, notamment en matière de communication pour le changement de comportement (CCC) en vue de pallier les insuffisances de connaissances et promouvoir l'adoption d'habitudes de vie saines. Toutes ces actions éducatives ne parviennent pas jusque-là à inverser les tendances.

De manière spécifique, des milieux tels que les écoles, les universités, les lieux de travail, les établissements pénitentiaires ne font pas suffisamment l'objet de diagnostic participatif à l'effet d'engager des processus concertés de planification et de mise en œuvre d'actions visant la restauration et le maintien de la santé.

Les services de santé. Il est important de noter que le système actuel ne prend pas suffisamment en compte le niveau communautaire comme partie intégrante. Toute chose qui rend difficile, la coordination des interventions à base communautaire et leur valorisation dans la dynamique d'amélioration de la santé.

Les prestations de soins telles qu'assurées ne facilitent pas une pleine participation du patient et de la communauté à la recherche et au maintien de la santé. La communication soignant-soigné reste insuffisante et les soins sont quasiment centrés sur la maladie, omettant souvent de prendre en compte l'ensemble des déterminants pour aboutir à une santé durable.

Le ministère de la santé s'est doté d'un système de santé intégré qui prend en compte tous les trois sous-secteurs (public, privé et traditionnel) ainsi que d'une réforme hospitalière et d'un mécanisme de contractualisation avec la société civile à travers les interventions à gain rapides (IGR). Malgré tout cela notre système de santé connaît encore des insuffisances tant aux niveaux organisationnel, de la collaboration intersectorielle que de la participation communautaire.

Certaines insuffisances constatées dans nos services tels que l'insalubrité, le faible développement du volet promotion sociale et la faible participation communautaire constituent aussi des facteurs défavorables à la santé.

2.3.5. Analyse des stratégies antérieures

Le Burkina Faso a adopté, le 14 mars 1979, les SSP comme la stratégie de développement de la santé. Cette stratégie vise la promotion de la santé des populations en donnant à l'individu, à la famille et à la collectivité la responsabilité de sa santé, avec le soutien du système national de santé. Elle peut se définir comme un ensemble de prestations préventives, promotionnelles, curatives et réadaptatives qui visent à élargir l'accès aux soins de santé à tous. Les actions des structures chargées de la mise en œuvre de la stratégie de la promotion de la santé étaient limitées à l'information, l'éducation et la communication.

L'année 1985, a vu la mise en place des postes de santé primaires (PSP) qui représentaient le premier niveau du système de santé et étaient tenus par des agents de santé communautaires (ASC) dont un agent de santé villageois (ASV) et une accoucheuse villageoise (AV). Cependant, la stratégie n'a pas connu le succès escompté à cause de l'insuffisance de communication, de l'absence d'étude de faisabilité et de motivation avant son implémentation. .

L'initiative de Bamako (IB) (OMS, 1989)¹² adoptée par le Burkina Faso en juillet 1993 a permis de renforcer les SSP, à travers la déconcentration du système de santé, l'autonomie de gestion octroyée aux formations sanitaires et la mise en place du système de recouvrement des coûts considéré comme l'élément central de la participation communautaire. Les populations participent ainsi à la gestion des formations sanitaires, par l'entremise des comités de gestion (COGES) qui sont devenus des auxiliaires importants du système de santé. Cependant, le fonctionnement de ces comités ne se limite qu'à la gestion financière. Ainsi, le recouvrement des coûts a pris le pas sur l'habilitation des individus, des familles et des communautés, et du coup sur l'équité d'accès aux soins de santé.

Depuis les années 80, des actions de promotion de la santé sont intégrées dans de nombreux programmes de santé:

- dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, de nombreuses actions ont été entreprises et ont permis d'améliorer les principaux indicateurs amenant les taux de mortalité maternelle et néonatal respectivement de 484 décès en 1998 à 341 décès pour cent mille naissances vivantes en 2010 et de 31 décès en 1998 à 28 décès pour mille naissances vivantes en 2010 selon les EDS 1998 et 2010. L'implication des acteurs communautaires (ONG, associations, agents de santé à base communautaire), des leaders coutumiers et religieux, des autorités politiques et administratives a été déterminante.
- les efforts faits, pour la prise en charge de la malnutrition aiguë et l'alimentation du nourrisson et de jeune enfant de même que la lutte contre les carences en

¹² Organisation mondiale de la santé (OMS). (1989). *Relance des SSP : Initiative de Bamako*.

micronutriments ont permis de baisser les prévalences des malnutritions. En effet, entre 2008 et 2013, la prévalence de la malnutrition aiguë est passée de 12,4% à 8,2% et la malnutrition chronique est passée de 41% à 31,5%.

- le programme élargi de vaccination est également conduit avec succès, faisant passer le taux de couverture en DTCP 3 entre 2000 et 2012, de 54% (Données des formations sanitaires) à 102,9% (annuaire statistique 2012). Pour la même période, la couverture en vaccin anti-rougeoleux (VAR) est passée de 56,17% à 100,2% en 2012 selon les mêmes sources;
- dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA, on peut rappeler avec satisfaction que, la multisectorialité, la combinaison des stratégies et la simultanéité ont été des touches particulières ayant permis à notre pays de ramener la séroprévalence de 7,17% en 1997 à 1,12% en 2012 selon l'ONUSIDA;
- dans les domaines de traitement de masse des maladies tropicales négligées, pour ce qui est de la filariose lymphatique, celui-ci a été arrêté dans 39,92% des districts sanitaires du pays pour raison d'interruption de la chaîne de transmission. En outre, les populations bénéficient régulièrement de traitement de masse contre la schistosomiase, des vers intestinaux ;
- dans le domaine de la lutte contre le ver de Guinée, le Burkina Faso a obtenu la certification de son éradication.
- dans le domaine de la lutte contre le paludisme et la tuberculose, des programmes spécifiques existent et développent des stratégies à base communautaire,
- en matière de lutte contre certaines maladies épidémiques comme la méningite, le choléra, la fièvre jaune ; des résultats encourageants ont été obtenus ;
- dans le domaine de la lutte contre le tabagisme, des résultats ont été enregistrés en termes de réglementation de l'usage du tabac et de sensibilisation des populations. C'est un bel exemple de promotion de la santé au Burkina Faso dans la mesure où la commémoration de la Journée y relative voit une forte implication des organisations de la société civile ;
- l'approche contractuelle a été développée dans les régions sanitaires avec une forte implication des ONG et associations pour l'atteinte des objectifs de santé ;
- la médecine traditionnelle a été promue à travers l'organisation et l'accompagnement des tradipraticiens de santé dans le cadre de la collaboration entre les médecines moderne et traditionnelle.

2.3.6. Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la promotion de la santé

L'analyse de la situation fait ressortir d'une part des forces et des faiblesses et d'autre part des opportunités et des menaces qui se résument ainsi qu'il suit :

Forces

Parmi les facteurs favorables à la promotion de la santé, on peut citer entre autres :

- la volonté politique en faveur de la promotion de la santé ;
- l'existence d'une direction chargée de la promotion de la santé ;

- le transfert de compétences et de ressources de l'Etat aux collectivités territoriales dans le domaine de la santé dans le cadre de la communalisation intégrale;
- l'existence d'un secteur privé de santé dynamique ;
- la mise en œuvre d'une politique de contractualisation des interventions à base communautaire;
- l'existence d'expériences réussies en matière de promotion de la santé dans les domaines de lutte contre les maladies transmissibles et endémo-épidémiques (IST/VIH/SIDA, tuberculose, ver de Guinée, paludisme, filariose lymphatique, maladies cibles du PEV, etc.) ;
- l'existence de réseaux sociaux, d'ONG et d'associations intervenant dans le domaine de la santé;
- l'accompagnement des partenaires techniques et financiers (PTF) pour le développement des interventions à base communautaire (IBC) dans le domaine de la santé.

Faiblesses

Au nombre des faiblesses, on peut retenir entre autres :

- l'insuffisance de coordination des interventions de promotion de la santé dans les différents programmes et projets des secteurs de développement ;
- l'insuffisance d'intégration des prestations ainsi que des données sanitaires du secteur privé de santé y compris la médecine et la pharmacopée traditionnelles ;
- l'insuffisance de la prise en compte systématique du volet communautaire dans le système d'information sanitaire ;
- la faible promotion de la pratique de l'activité physique ou sportive de maintien ;
- la faible participation communautaire dans la gestion des problèmes de santé ;
- l'insuffisance de personnes ressources formées en promotion de la santé ;
- l'insuffisance dans l'application des lois et textes en faveur de la santé ;
- la faible autonomisation financière des populations pour le choix des soins de santé ;
- la faible accessibilité des populations à l'eau potable et à l'assainissement de base ;
- le faible niveau d'alphabétisation des populations.

Opportunités

Pour ce qui est des opportunités, on note :

- l'importance accordée à la promotion de la santé dans la perspective de l'agenda post 2015 ;
- la création d'un département chargé de la promotion de la santé à l'OMS AFRO ;
- l'existence de bases factuelles en matière de promotion de la santé à l'échelle internationale;
- l'existence d'une stratégie régionale de promotion de la santé dans la région Africaine de l'OMS;
- l'existence d'un cadre régional de formation en promotion de la santé.

Menaces

Les menaces qui pèsent sur la mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion de la santé sont :

- les crises institutionnelles aux plans régional et international;
- la survenue de catastrophes ;
- la non application de la Déclaration de Paris.

2.4. Problèmes prioritaires

Sur la base des insuffisances/faiblesses découlant de l'analyse, les problèmes prioritaires suivants ont été retenus:

- les environnements socio-économique, physique et législatif sont peu favorables à la santé ;
- le leadership du secteur de la santé en matière d'action sur les DSS reste faible;
- la participation communautaire et les interventions à base communautaire sont insuffisantes ;
- l'offre de services en faveur de la promotion de la santé est insuffisante.

Problème prioritaire n°1

Les environnements socio-économique, physique et législatif sont peu favorables à la santé. Cette situation se caractérise par une extrême pauvreté des populations, un cadre de vie peu salubre, des conditions climatiques peu favorables et des textes législatifs et réglementaires peu appliqués. Cela est lié à la faiblesse des revenus, du niveau d'instruction et du taux d'alphabétisation des populations. Il y a aussi l'action négative de l'Homme sur l'environnement, le faible niveau d'assainissement, l'insuffisance des textes et leur méconnaissance par les populations. Les conséquences qui en découlent sont la persistance/émergence de certaines maladies transmissibles et non transmissibles et le risque élevé de morbidité et de mortalité dans un contexte déjà précaire.

Problème prioritaire n°2

Le leadership du secteur de la santé en matière d'action sur les DSS reste faible; cela se traduit par une insuffisance de prise en compte de la santé dans les politiques sectorielles. Cette situation est due essentiellement à l'insuffisance de compétences en promotion de la santé. Il en résulte une faible, voire une absence d'intégration du volet santé dans les missions des autres secteurs, la persistance et la recrudescence des cas morbides et une mortalité toujours élevée.

Problème prioritaire n°3

La participation communautaire et les interventions de santé à base communautaire sont insuffisantes. Cela se manifeste par une insuffisante couverture en IBC et une faible appropriation des IBC par les populations. Cette situation s'explique par : (i) une faible compétence des ASBC, (ii) une inadéquation du profil et une absence des mécanismes harmonisés de motivation des ASBC, (iii) une faible couverture de l'approche de contractualisation, (iv) une faible implication des populations dans la gestion de leur propre santé, (v) une faible pérennisation des actions et (vi) une insuffisance dans la coordination des interventions de santé à base communautaire des différents projets et programmes de développement.

Il en résulte une insuffisance dans l'offre, l'accès, l'utilisation des services de santé à base communautaire (SBC) de qualité et la création des conditions favorables à la santé au niveau communautaire, se traduisant par une morbidité et une mortalité élevées au sein des populations.

Problème prioritaire n°4

L'offre de services en faveur de la promotion de la santé est insuffisante. En effet, le système de santé met plus l'accent sur les soins préventifs et curatifs. Cela s'explique d'une part, par une faible intégration des actions de promotion de la santé aux services de santé offerts aux populations et d'autre part, par une faible participation autonomisante de celles-ci et une insuffisance de données probantes en matière de promotion de la santé. Il en résulte une faible performance du système de santé dans l'amélioration de l'état de santé des populations.

III. FONDEMENTS, VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS

3.1. Fondements

La stratégie nationale de promotion de la santé trouve ses fondements dans plusieurs Chartes, déclarations et des documents de référence.

On peut citer entre autres, la Déclaration d'Alma Ata sur les SSP, les Chartes d'Ottawa et de Bangkok sur la promotion de la santé, la déclaration du Millénaire

sur les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)¹³ et le rapport de la Commission sur les DSS.

Elle s'appuie également sur des textes fondamentaux proclamés à l'échelle sous régionale africaine comme la Déclaration d'Addis-Abeba sur la santé communautaire (OMS, 2006)¹⁴, la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement, et de Ouagadougou sur les SSP et les systèmes de Santé en Afrique. Les stratégies africaines relatives à l'action sur les principaux DSS et sur la promotion de la santé.

Au niveau national, la stratégie nationale se fonde sur des référentiels tels que la Constitution l'étude nationale prospective Burkina 2025, la SCADD, la Politique nationale de santé et le PNDS.

3.2. Vision

La vision de la stratégie nationale de promotion de la santé se décline comme suit :
« un bien-être des populations à travers un environnement propice à la santé, l'adoption de modes individuels de vie sains et l'offre de services de santé à base communautaire performante ».

3.3. Principes Directeurs

La SNPS est basée sur les principes tels que définis dans les documents fondamentaux qui orientent la promotion de la santé.

3.3.1. Équité en santé

Elle requiert l'adaptation des interventions aux besoins des bénéficiaires notamment les personnes les plus pauvres/vulnérables. Elle nécessite également une répartition adéquate des ressources permettant l'adoption de modes de vie sains et l'amélioration des conditions de vie favorables à la santé pour tous.

3.3.2. Participation universelle

Les individus, les familles et les communautés doivent s'engager pour exercer un contrôle sur les facteurs qui influencent leur santé. La participation est efficace lorsque les citoyens déterminent eux-mêmes leurs besoins communs, exercent un contrôle sur les activités qu'ils choisissent et en assument le leadership.

Ce principe est la clé de réussite des programmes de promotion de la santé.

¹³ Organisation des Nations Unies. (2000). Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Sommet du Millénaire, 6 au 8 septembre, New-York.

¹⁴ ONUSIDA, UNICEF, Banque mondiale & OMS (OMS). (2006). *Déclaration d'Addis-Abeba sur la santé communautaire dans la région africaine*. Conférence internationale conjointe sur la santé communautaire. Addis Abéba, 20 au 22 novembre.

3.3.3. Empowerment

L'empowerment ou l'habilitation favorise l'appropriation des actions de santé par les individus et la communauté et garantit leur pérennité. Lorsque ces derniers disposent de pouvoir pour agir, ils prennent conscience de leurs responsabilités dans la promotion de leur propre santé, se mobilisent et s'approprient les initiatives qui améliorent leur santé. Ils sont aussi capables de faire valoir leurs droits à la santé auprès des décideurs de santé, de manière organisée et constructive, à travers une recherche constante de l'amélioration du fonctionnement des services de santé.

3.3.4. Collaboration et partenariat

La collaboration intra-sectorielle et intersectorielle renvoie au recours à plusieurs approches pour résoudre les grands problèmes liés aux DSS qui sont de nature multifactorielle. Elle stimule la création d'alliances et de partenariats entre plusieurs secteurs de développement ou entre différents individus qui travaillent ensemble pour trouver des solutions aux problèmes communs liés à ces DSS. La collaboration offre ainsi l'avantage d'une vision plus holistique de la santé sous le leadership du ministère en charge de la santé.

3.3.5. Droits de l'homme et justice sociale

Ce principe reconnaît la santé comme un droit commun à tous les individus. Il implique le respect de la diversité, combat les inégalités et protège toutes les couches sociales contre la stigmatisation, le harcèlement, l'exclusion sociale et les préjugés socioculturels basés sur le genre.

IV. OBJECTIFS DE LA STRATEGIE NATIONALE PS

La stratégie nationale de promotion de la santé se propose comme objectifs de :

- améliorer les modes et les conditions de vie,
- développer le leadership du secteur de la santé en matière d'action sur les DSS
- renforcer l'action communautaire pour la promotion de la santé,
- renforcer l'offre de services en faveur de la promotion de la santé.

V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

La stratégie nationale de promotion de la santé repose principalement sur deux orientations stratégiques qui sont :

- l'amélioration des modes et des conditions de vie ;
- le renforcement du leadership, de l'action communautaire et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé.

Ces orientations stratégiques contribueront de façon importante à l'amélioration de la santé des populations. Avec la participation active de toutes les parties prenantes, leur mise en œuvre devrait contribuer à l'accélération de l'atteinte des OMD et de l'agenda post-2015.

5.1. Amélioration des modes et des conditions de vie

Cette orientation alliera la communication, la mobilisation sociale, le plaidoyer et des actions d'hygiène et d'assainissement ainsi que les interventions visant l'amélioration du statut socioéconomique et du cadre de vie des populations. A cette fin, un partenariat actif avec les autres secteurs sera développé. En outre, il s'agira d'appuyer l'application des dispositions légales et réglementaires favorables à la santé en rapport notamment avec la sécurité civile et la protection de l'environnement, l'utilisation et la consommation des produits prohibés, la promotion des droits humains, etc.

5.2. Renforcement du leadership, de l'action communautaire et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé

Le leadership s'opérera à travers le renforcement du rôle d'encadrement du Ministère de la santé en matière de coordination et de plaidoyer en vue de la prise en compte de la santé dans toutes les politiques sectorielles.

Le renforcement de l'action communautaire implique une couverture nationale adéquate en services de santé à base communautaire et la disponibilité des ressources humaines performantes et motivées. Avec un cadre institutionnel et réglementaire approprié et la participation active de la communauté et des partenaires au développement, la mise en œuvre de cette orientation constitue un moyen d'accélérer l'atteinte des OMD et de l'agenda post 2015. Il s'agira de stimuler l'auto-assistance, le soutien social et d'instaurer des systèmes appropriés susceptibles de renforcer la participation de la communauté pour un meilleur contrôle sur la santé.

Le renforcement des services de santé consiste à une meilleure intégration du secteur privé de santé y compris la médecine et pharmacopée traditionnelles ainsi qu'en la prise en compte du niveau communautaire comme partie intégrante du système de santé. Cela contribuera à une meilleure organisation des SBC à travers la participation de la communauté à la détermination des priorités, à la planification, à la mise en œuvre des actions communautaires, au suivi-évaluation et à la prise de décisions.

La présente orientation implique un changement d'attitudes et d'organisation des services de soins pour prendre en considération les besoins essentiels de la population en matière de santé à tous les niveaux du système.

VI. PROGRAMMES

Dans le but d'atteindre les objectifs globaux de la SNPS, quatre (04) programmes seront mis en œuvre dont les deux premiers et les deux derniers relèvent respectivement des orientations stratégiques 1 et 2.

- **Programme 1** : le développement des aptitudes individuelles favorables à la santé ;
- **Programme 2** : la création d'environnements favorables à la santé ;
- **Programme 3** : le renforcement de la participation communautaire et des interventions à base communautaire
- **Programme 4** : le renforcement du leadership et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé .

6.1. Programme 1 : Développement des aptitudes individuelles favorables à la santé.

Ce programme comprend les axes d'intervention suivants:

- Le renforcement de la communication, de la mobilisation sociale et du plaidoyer;
- Le renforcement des capacités des acteurs.

6.1.1. Renforcement de la communication, de la mobilisation sociale et du plaidoyer

Cet axe consiste à : (i) élaborer et mettre en œuvre des plans de communication en appui aux programmes ; (iv) développer des supports et matériels de communication ; (ii) développer des interventions de promotion de la santé en milieux ciblés ; (iii) renforcer l'utilisation des médias classiques et les technologies de l'information et de la communication (TIC) en faveur de la promotion de la santé.

6.1.2. Renforcement des capacités des acteurs

Ce renforcement consiste à : (i) intégrer dans les curricula de formation des acteurs, des modules sur la promotion de la santé; (ii) renforcer les compétences des acteurs par les formations continue et diplômante (iii) renforcer l'équipement des acteurs (iv) promouvoir les échanges d'expériences nationales et internationales.

6.2. Programme 2 : Création d'environnements favorables à la santé

La mise en œuvre de ce programme passe par deux axes d'intervention qui sont:

- l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement en milieux de vie et de travail ;
- le développement de partenariats multisectoriels.

6.2.1. Amélioration de l'hygiène et de l'assainissement en milieux de vie et de travail

Il s'agira ici de : (i) développer les compétences en matière d'hygiène publique ; (ii) promouvoir l'hygiène des cadres de vie et de travail ; (iii) promouvoir la gestion adéquate des déchets (biomédicaux, industriels, ménagers, etc.) ; (iv) renforcer les capacités opérationnelles des organes du CNHP ; (v) développer des actions sectorielles d'adaptation aux changements climatiques ; (vi) contribuer à la mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement, (vii) améliorer la qualité et la sécurité sanitaire des aliments.

6.2.2. Développement de partenariats multisectoriels

Cet axe permettra de : (i) promouvoir l'autonomie financière des couches vulnérables ; (ii) promouvoir la pratique de l'exercice physique et du sport de maintien, (iii) promouvoir la sécurité routière , (iv) promouvoir l'éducation pour tous et l'alphabétisation fonctionnelle, (v) accompagner l'assurance maladie universelle, (vi) promouvoir les droits humains et l'éducation civique, (vii) renforcer le cadre législatif et réglementaire en faveur de la santé ; (viii) renforcer la résilience des individus et des communautés ; (ix) promouvoir la santé et sécurité au travail.

6.3. Programme 3 : Renforcement de la participation communautaire et des IBC

La mise en œuvre de ce programme renvoie à deux axes d'intervention à savoir :

- l'accroissement de l'accès aux SBC de qualité ;
- le renforcement de l'appropriation des interventions de promotion de la santé par les communautés.

6.3.1. *Accroissement de l'accès aux services de santé à base communautaire de qualité*

Cet axe d'intervention consistera à : (i) assurer une meilleure disponibilité des SBC de qualité, (ii) promouvoir l'assurance-qualité des services de santé à base communautaire, (iii) renforcer la coordination des IBC.

6.3.2. *Renforcement de l'appropriation des interventions de promotion de la santé par les communautés*

Cet axe vise à : (i) renforcer les compétences des représentants de la communauté en matière de santé communautaire, (ii) promouvoir le partenariat intercommunautaire, (iii) promouvoir l'engagement des leaders d'opinion, des élus locaux et des réseaux communautaires en matière de promotion de santé, (iv) améliorer les mécanismes de planification, de mise en œuvre, de coordination et de suivi/évaluation des IBC.

6.4. Programme 4 : Renforcement du leadership et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé

Trois axes d'interventions concourent à la mise en œuvre de ce programme :

- le développement du leadership du Ministère de la santé et d'une vision multisectorielle de la santé ;
- le renforcement des capacités des services de santé en faveur de la promotion de la Santé ;
- la promotion de la recherche.

4.1. Développement du leadership du Ministère de la santé et d'une vision multisectorielle de la santé

Il consistera spécifiquement à : (i) renforcer le plaidoyer en faveur de la prise en compte de la santé dans les politiques sectorielles publiques, privées et communautaires. (ii) promouvoir la prise en compte du Genre dans les politiques de développement ; (iii) favoriser l'allocation des ressources financières, humaines, infrastructurelles suffisantes (iv) améliorer la planification des interventions en santé, (v) renforcer les mécanismes de coordination des interventions de promotion de la santé.

6.4.2. Renforcement des capacités des services de santé en faveur de la promotion de la Santé

A ce niveau, il s'agira de : (i) renforcer le système de santé par la prise en compte effective du niveau communautaire ainsi qu'une meilleure prise en compte du secteur privé y compris la médecine et pharmacopée traditionnelles; (ii) renforcer les capacités des institutions de formation en matière de promotion de la santé ; (iii) intégrer dans les services cliniques de santé des prestations de promotion de la santé.

6.4.3. Promotion de la recherche et renforcement du système d'information sanitaire

Dans le domaine de la recherche en promotion de la santé, il importera de : (i) développer des recherches en promotion de la santé, (ii) renforcer la collecte et l'analyse des données de routine sur les interventions de promotion de santé, (iii) documenter les interventions de promotion de santé.

VII. FINANCEMENT DE LA SNPS

La mise en œuvre de la SNPS requiert la mobilisation de ressources financières importantes. Le financement de la politique sera assuré par le budget de l'état, les collectivités, les communautés et les PTF.

Un plaidoyer sera fait auprès des autres secteurs de développement en vue de l'allocation des ressources pour la mise en œuvre de leurs actions. Ce plaidoyer concernera aussi, les collectivités territoriales, les communautés et les PTF. Il sera envisagé d'autres modes de financements innovants tels que la création d'une fondation pour la promotion de la santé.

VIII. MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

8.1. Mise en œuvre

La SNPS sera mise en œuvre à travers des plans stratégiques qui définiront les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes. La tutelle technique de la mise en œuvre de stratégie sera assurée par le Ministère de la santé, à travers la DPS. La transversalité des missions assignées à cette direction commande que les orientations définies dans la SNPS soient prises en compte dans les plans stratégiques et opérationnalisées dans les plans d'action annuels des parties prenantes. Cette politique sera largement diffusée pour favoriser son appropriation par l'ensemble des acteurs.

8.2. Dispositif de pilotage

Le pilotage de la SNPS sera assuré par le comité de suivi du PNDS 2011-2020, à travers ses sessions. Pour ce faire, la commission thématique relative aux prestations de soins, promotion de la santé et lutte contre la maladie, prévoira une sous-commission « promotion de la santé » en son sein. Celle-ci regroupera les représentants de toutes les parties prenantes dans le développement de la promotion de la santé.

8.3. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de cette stratégie s'intègrent dans le système actuel du Ministère de la santé. Toutefois, un mécanisme de suivi et d'évaluation sera mis en place et impliquera les autres secteurs, les collectivités territoriales, les , organisations de la société civile, les partenaires techniques et financiers et les autres acteurs de développement.

Pour le suivi, des données seront collectées à travers le système national d'information sanitaire (SNIS) et des enquêtes spécifiques pour informer les acteurs de la mise en œuvre des activités opérationnelles de promotion de la santé. Des évaluations périodiques seront conduites afin d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs de la SNPS.

8.4. Conditions de succès

Il s'agit des conditions nécessaires pour le succès de la mise en œuvre des actions consignées dans la Politique.

8.4.1. Environnement international

Les différentes chartes et déclarations ont réaffirmé le rôle de la SNPS dans l'amélioration de la santé et le bien-être des populations. Cet environnement est favorable à l'adhésion des pouvoirs publics et à la mise en œuvre de politiques y afférentes.

Tout changement d'intérêt lié à l'émergence de nouvelles priorités aussi bien aux plans international, régional que national pourrait compromettre la mise en œuvre de cette politique.

8.4.2. Adhésion des partenaires techniques et financiers

Le financement de la SNPS nécessitera la contribution des PTF. De fait, leur pleine adhésion aux actions définies dans cette politique représente une condition essentielle à l'implémentation des plans stratégiques de sa mise en œuvre. A l'opposé, leur manque d'adhésion ou le maintien de la verticalité de leurs programmes d'intervention pourrait compromettre l'atteinte des résultats escomptés du fait d'une faible mobilisation des ressources.

8.4.3. Engagement des parties prenantes

L'engagement de toutes les parties prenantes à tous les niveaux est une des conditions de succès pour la mise en œuvre de cette stratégie. A l'inverse, la non-appropriation de la SNPS par les acteurs, en particulier les communautés, pourrait compromettre l'atteinte des objectifs visés.

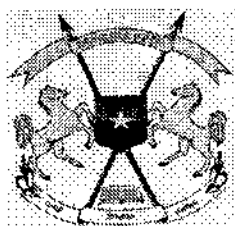
8.4.4. Dispositif institutionnel

La réussite de la mise en œuvre de la SNPS repose sur un dispositif institutionnel performant. A ce titre, la stabilité et le renforcement des capacités des différentes structures responsables de la coordination et de la mise en œuvre sont fondamentaux pour l'opérationnalisation des missions qui leur sont assignées.

A contrario, les changements structurels et/ou la perte des attributs ainsi que la mobilité des intervenants limiteront l'atteinte des objectifs de la SNPS.

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



**PLAN D'ACTION DE PROMOTION
DE LA SANTE 2015 - 2019**

Août 2014

PREFACE

Au Burkina Faso comme dans la plupart des pays en développement, la situation sanitaire se caractérise par la recrudescence de certaines maladies à potentiel épidémique et une augmentation des maladies non transmissibles. Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH.

Cette situation est en grande partie due aux comportements à risque au sein des populations mais également à divers autres facteurs contre lesquels l'approche biomédicale seule reste insuffisante.

La preuve est maintenant établie au niveau mondial et dans la région subsaharienne d'Afrique que la persistance des faibles indicateurs de santé et de développement est le fait de nombreux facteurs intrinsèquement liés et qui sont, pour la plupart, en dehors du secteur sanitaire. Ces facteurs ne sont pas souvent pris en compte dans leur entièreté et de façon simultanée dans les projets et programmes de santé.

Dans l'optique de proposer des solutions idoines à ces préoccupations, le ministère de la santé du Burkina Faso, sous l'égide de l'OMS, a élaboré la stratégie nationale de promotion de la santé. Cet acte traduit une volonté manifeste des autorités gouvernementales du pays, de donner à la promotion de la santé, une place de choix dans tout processus de développement de la personne.

Pour mettre en œuvre cette stratégie, l'élaboration d'un plan d'action de promotion de la santé, en tant qu'instrument de son opérationnalisation, a été jugée nécessaire.

Document de référence pour orienter les acteurs dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion de la santé, son opérationnalisation va contribuer au bien-être des populations par un environnement propice à la santé, des modes individuels de vie sains et des services de santé à base communautaire performants.

Ce plan d'action se veut donc un instrument qui concourt à la mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion de la santé qui vise à atteindre le meilleur état de santé possible des populations à travers un système de santé performant.

J'exhorte par conséquent, tous les acteurs du système de santé à se l'approprier et à en faire un outil de planification de référence en matière de promotion de la santé au Burkina Faso et à soutenir sa mise en œuvre.

Le Ministre de la Santé

Léné SEBGO

Officier de l'ordre national

TABLE DES MATIERES

PREFACE	2
SIGLES.....	4
RESUME	6
INTRODUCTION.....	7
I. GENERALITES SUR LE BURKINA FASO.....	8
1.1 Données géographiques et organisation administrative	8
1.2 Données démographiques	8
1.3 Données économiques.....	9
1.4 Données socioculturelles	9
II. SITUATION SANITAIRE.....	10
2.1 Organisation du système de santé	10
2.2 Etat de santé des populations	11
III. RAPPEL DE LA STRATEGIE NATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTE	12
3.1 Problèmes prioritaires	12
3.2 Vision.....	13
3.3 Objectifs globaux	Erreur ! Signet non défini.
3.4 Orientations stratégiques	14
3.5 Programmes prioritaires	14
IV. OBJECTIFS PLAN D'ACTION PS.....	14
4.1 Objectif général	14
4.2 Objectifs spécifiques.....	14
V. AXES D'INTERVENTION ET ACTIONS PRIORITAIRES	15
5.1 Axes d'intervention	15
5.2 Actions prioritaires	15
VI. CHRONOGRAMME 2015-2019	18
VII.MISE EN ŒUVRE	39
7.1. Mécanismes de mise en œuvre	39
7.2. Mécanismes de suivi et d'évaluation	44
VIII.FINANCEMENT	47
8.1. Modalités de financement.....	47
8.2. Etat actuel des financements	47
8.3. Budget prévisionnel.....	47
8.3. Stratégies de mobilisation des ressources additionnelles	47

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADP	: Assemblée des Députés du Peuple
AMU	: Assurance maladie universelle
ASBC	: Agent de santé à base communautaire
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CHR	: Centre hospitalier régionale
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CMC-PS	: Comité multisectoriel de coordination de la promotion de la santé
CNHP	: Conseil national de l'hygiène publique
CNSS	: Caisse nationale et de sécurité sociale
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CVPS	: Centre villageois de promotion de la santé
DGESS	: Direction générale des études et statistiques sectorielles.
DPS	: Direction de la promotion de la santé
DRS	: Direction régionale de la santé
DS	: District sanitaire
DSS	: Déterminants sociaux de la santé
ECD	: Equipe cadre de district
EDS	: Enquête démographique de santé
IBC	: Intervention à Base Communautaire
IDH	: Indice de développement humain
IGR	: Intervention à gain rapide
INSD	: Institut national et des statistiques et de la démographie
IST	: Infection sexuellement transmissible
MASA	: Ministère de l'agriculture et de la sécurité alimentaire
MASSN	: Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale
MATS	: Ministère de l'administration territoriale et de la sécurité
MC	: Ministère de la communication
MCT	: Ministère de la culture et du tourisme
MDHPC	: Ministère des droits humains et de la promotion civique
MEAHA	: Ministère de l'eau, des aménagements hydrauliques et de l'assainissement
MEDD	: Ministère de l'environnement et de développement durable
MEF	: Ministère de l'économie et des finances
MENA	: Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation nationale
MFPTSS	: Ministère de la fonction publique, du travail et de la sécurité sociale
MHU	: Ministère de l'habitat et de l'urbanisme
MICA	: Ministère de l'Industrie, du commerce et de l'artisanat
MJFPE	: Ministère de la jeunesse, de la formation professionnelle et de l'emploi
MPFG	: Ministère de la promotion de la femme et du genre
MRAH	: Ministère des ressources animales et halieutiques

MS	: Ministère de la santé
MSL	: Ministère de sport et de loisir
MTEN	: Ministère du transport et de l'économie numérique
OBC-E	: Organisation à base communautaire d'exécution
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PN-AEPA	: Programme national d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNS	: Politique nationale de la santé
PNUD	: Programme des nations unies pour le développement
PS	: Politique de santé
SNPS	: Stratégie nationale de promotion de la santé
PAPS	: Plan d'action de promotion de la santé
PTF	: Partenaire technique et financier
SBC	: Service à base communautaire
SMART	: Standardized monitoring and assessment of relief and transitions
STEPS	: Service technique et études pour la participation sociale (Bureau d'études)
SIDA	: Syndrome de l'immunodéficience acquise
SSA	: Services de santé des forces armées
SSP	: Soins de santé primaire
TIC	: Technologie de l'information et de la communication
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

RESUME

Le Burkina Faso à l'instar des autres pays subsahariens a un profil épidémiologique marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles. Cette situation est liée à la non prise en compte de la promotion de la santé comme moyen efficace pour résoudre tous les aspects ou facteurs en cause, ni tous les acteurs potentiellement concernés par les problèmes de santé.

Pour répondre à cette problématique de la promotion de la santé, le ministère de la santé, s'est doté d'une stratégie nationale de promotion de la santé (SNPS) . L'élaboration du présent plan d'action de promotion de la santé comme instrument de son opérationnalisation est la concrétisation de la mise en œuvre de cette stratégie. Son élaboration a suivi un processus participatif sous forme d'ateliers de conception, d'amendement et de finalisation qui ont impliqués activement tous les acteurs des secteurs œuvrant dans la promotion de la santé.

Le but poursuivi par ce plan d'action est de contribuer au bien-être des populations par un environnement propice à la santé, des modes individuels de vie sains et des services de santé à base communautaire performants.

L'objectif général est d'améliorer la santé des populations. Les résultats attendus sont :

- 50% des populations adoptent des comportements favorables à la santé d'ici à fin 2019 ;
- d'ici à fin 2019, les environnements socio-économique, physique et législatif se sont améliorés dans au moins 80% des communes ;
- d'ici à fin 2019, la participation et les interventions communautaires sont renforcées dans au moins 80% des villages ;
- d'ici à fin 2019, 100% des secteurs de développement intègrent des actions de promotion de la santé dans les politiques et programmes

Le plan d'action est bâti autour des programmes de la stratégie nationale de promotion de la santé qui se déclinent en axes d'interventions et en actions prioritaires.

Dans ce plan d'action, le rôle et responsabilité des acteurs et structures ont été décrits. Les mécanismes de suivi évaluation ainsi que les modalités de financement du plan ont été également définis. Le budget prévisionnel du plan s'élève à quatre-vingt-seize milliards vingt-neuf millions cinq cent dix mille cent quatre (96 029 510 104) francs CFA.

INTRODUCTION

Le profil épidémiologique du Burkina Faso est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

Généralement, les actions entreprises n'ont pas pris en compte tous les facteurs en cause ou tous les acteurs potentiellement concernés par les problèmes visés.

Se fondant à la fois sur la nécessité de se doter de politiques à même de répondre efficacement aux préoccupations des populations en matière de santé et sur une vision holistique dans la résolution des problèmes de santé, le Burkina Faso a élaboré une stratégie nationale de promotion de la santé (SNPS).

Ce document vient en réponse à la recommandation des Chefs d'Etat et de Gouvernement de la région africaine de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) demandant à chaque pays de mettre en place les structures et les mécanismes nécessaires à la reconnaissance et à la mise en pratique de la Promotion de la santé.

Pour mettre en œuvre cette stratégie nationale, un plan d'action de promotion de la santé, en tant qu'instrument de son opérationnalisation a été jugé nécessaire.

Ainsi, selon un processus participatif, ce plan est élaboré sur la base de la politique nationale de santé (PNS), du plan national de développement sanitaire (PNDS), de la stratégie nationale de promotion de la santé (SNPS) et bien d'autres référentiels. Il s'articule autour des principaux points suivants :

- généralités sur le Burkina Faso ;
- situation sanitaire ;
- rappel de la stratégie nationale de promotion de la santé ;
- but, objectifs du plan d'action ;
- axes d'interventions et actions prioritaires ;
- chronogramme 2015-2019 ;
- mise en œuvre ;
- financement.

I. GENERALITES SUR LE BURKINA FASO

1.1 Données géographiques et organisation administrative

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, pays continental, s'étend sur une superficie d'environ 274 200 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat est de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ sept mois (d'octobre à avril). Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, de sécheresse mais aussi de l'harmattan ainsi que de chaleur parfois très importante.

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes dont 49 communes urbaines et 302 communes rurales et de 8228 villages (INSD, 2006)¹. Les circonscriptions administratives sont la région, la province et le département.

Dans le cadre de la décentralisation, la région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. A ce titre, des ressources matérielles et financières leur sont transférées.

1.2 Données démographiques

Avec un taux d'accroissement annuel de 3,1%, la population totale du Burkina Faso est estimée à 17 322 796 habitants en 2013. Cette population est en majorité jeune. En effet les adolescents et les jeunes âgés de 10 à 24 ans représentent 32,5 % de cette population. Le taux brut de natalité est de 46‰. L'indice synthétique de fécondité est de 6,0 enfants par femme selon l'EDS IV. Le taux global de fécondité générale est de 195‰ tandis que le taux de mortalité en baisse continue est de 11,8‰ (INSD, 2006).

La frange féminine représente 51,7% de la population globale qui est constituée de 46,4% de jeunes de moins de 15 ans, 17,38% d'enfants de moins de cinq ans et 23,56% de femmes en âge de procréer. L'espérance de vie à la naissance est passée de 32 ans en 1960 à 56,7 ans en 2006 (INSD, 2008), soit une augmentation de 24,7 ans. La majorité de la population vit en milieu rural. Le Burkina Faso est un pays de fortes migrations internes et surtout externes. Les récentes crises sociopolitiques dans les pays voisins ont drainé un flux important de réfugiés à l'intérieur du Burkina Faso, augmentant les besoins en santé, en éducation et en alimentation.

¹ Institut National de Statistiques et de la Démographie du Burkina Faso (INSD). (2006). *Recensement général de la Population et de l'Habitat*.

1.3 Données économiques

Le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés avec un seuil de pauvreté estimé à 108 454 FCFA par personne et par an en 2009 et le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9%. Cette pauvreté affecte particulièrement les femmes et les enfants et d'importants écarts persistent entre les zones urbaines et rurales déterminant la persistance des inégalités d'accès aux soins de santé au sein des populations. Selon le rapport du Programme des nations unies pour le développement (PNUD 2013), le pays occupe le 183ème rang sur 186 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0.343.

L'économie du pays reste par ailleurs, marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externes (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix pour les produits alimentaires).

1.4 Données socioculturelles

Le Burkina Faso compte environ 67 groupes ethnolinguistiques. Les principales religions sont l'islam (60,5%), le christianisme (23,2%) et l'animisme (15,3%) (INSD, 2006).

Les inégalités relevées au niveau socio culturel et religieux concernent entre autres : (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 dans la division sexuelle du travail, qui donnent plus de charge de travail à la femme par rapport à l'homme, à la fille par rapport au garçon, avec des impacts dommageables sur leur santé, leur productivité, leur temps de loisir et leur réinvestissement en capital humain ; (iii) l'existence et la perpétuation des pratiques traditionnelles qui sont néfastes à la femme (le lévirat, l'excision, les bastonnades, le sororat, la polygamie imposée à la première épouse, les mariages précoces et forcés), et quelques fois à l'homme (le sororat, la polygamie, les bastonnades, le mariage forcé, le rejet des sollicitations du mari sur le lit conjugal)².

En ce qui concerne l'éducation, le taux brut de scolarisation est passé de 45,9% en 2000-2001 à 79,6 % en 2011-2012. Le taux net de scolarisation était de 62,2%. Les indices de parité filles/garçons étaient de 0,98 pour le niveau d'admission et de 0,96 pour le niveau de scolarisation. (MENA³, 2012). Selon la même source, le taux d'achèvement scolaire est de 55,1%. Quant au taux d'alphabétisation, il est de 28,7% (INSD, 2007). La majorité de la population reste analphabète (71,3%).

² Politique Nationale Genre, 2009

³ Ministère de l'Éducation nationale et de l'alphabétisation (MENA), (2012) ; Annuaire statistique de l'éducation nationale

II. SITUATION SANITAIRE

2.1 Organisation du système de santé

Le système de santé regroupe les secteurs public, privé et traditionnel. Le sous-secteur public comporte une organisation administrative et opérationnelle.

2.1.1 Organisation administrative

Sur le plan administratif, il est structuré en trois niveaux :

- le niveau central composé des structures centrales et rattachées autour du cabinet du Ministre et du secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire comprend les 13 directions régionales de la santé ;
- le niveau périphérique est constitué des districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. En 2013 on dénombre 70 districts sanitaires dont 63 fonctionnels.

2.1.2 Organisation de l'offre de soins

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons :

- le premier échelon est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) qui offre le paquet minimum d'activités. Au 30 juin 2013 on en dénombre 1501 et le rayon moyen d'action théorique estimé à 7,1 km au cours de la même période.
- le deuxième échelon est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) qui complète le paquet minimum fourni par le CSPS. Il est le centre de référence des formations sanitaires du district. En 2013, on compte 44 CMA fonctionnels.

Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence au CMA. A ce jour, le pays compte au total 9 CHR.

Le troisième niveau, le plus élevé, regroupant 3 CHU et un hôpital national, offre des soins spécialisés.

A côté des structures sanitaires du Ministère de la santé, il existe d'autres structures publiques de santé telles que les services de santé des forces armées (SSA), les services de santé de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui relèvent respectivement du Ministère chargé de la défense et de celui chargé de la sécurité sociale. En plus des structures publiques, le Burkina Faso compte des structures privées concentrées dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Au 30 juin 2013, on en dénombre 1150.

L'importance de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles est reconnue par la loi n°23/94 /ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique et une direction technique a été créée pour mieux coordonner le sous-secteur traditionnel.

2.2 Etat de santé des populations

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité générale (11,8% en 2006) et spécifique élevés. Parmi les maladies d'importance en santé publique on peut citer le paludisme, les IRA, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, l'infection à VIH, les IST, la tuberculose, la lèpre et les MTN. En outre, la méningite cérébro-spinale, la rougeole et la poliomyélite constituent les causes de flambées épidémiques auxquelles fait régulièrement face le Burkina Faso. Dans le cadre de la prévention, d'importants efforts sont faits pour la prévention par la vaccination.

Les maladies non transmissibles sont en augmentation. Cela se traduit par l'émergence des affections cardio-vasculaires, les troubles et maladies mentales, le diabète, la malnutrition, les cancers et les traumatismes dus aux accidents de la route. Selon les statistiques de la Direction de la protection civile, 14.987 cas d'accidents de la circulation ont été notifiés en 2013.

Cette double charge de morbidité et de mortalité due aux maladies transmissibles et non transmissibles constitue un facteur essentiel qui pèse sur la santé des groupes vulnérables que sont les mères et les enfants.

En effet, Selon l'EDS IV, le taux de mortalité infantile est de 65 pour 1000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 129 pour 1000 naissances vivantes. Le ratio de mortalité maternelle était de 484 pour 100 000 naissances vivantes⁴ en 1998 selon l'EDS III II est de 341 décès pour 100.000 naissances vivantes selon l'EDS, 2010.

Chez l'enfant, les causes majeures de décès varient selon l'âge. Toutefois, la plupart de ces décès surviennent sur des terrains de malnutrition dans 54% des cas⁵. Selon le rapport de l'enquête nutritionnelle nationale 2013, la prévalence de la malnutrition aiguë au niveau national est passée de 11,3% en 2009 à 8,2% en 2013. Celle de la malnutrition chronique est passée de 35,1% en 2009 à 31,5 % en 2013.

La situation de la santé des adolescents et des jeunes est influencée par des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestins, des rapports sexuels précoces et non protégés, le multi partenariat, une prévalence élevée du VIH/Sida et IST (0,7% pour le VIH/Sida chez les jeunes de la tranche d'âge de 15-24

⁴EDS, 1998

⁵Analyse de la situation sanitaire, 2010, MS

ans selon EDS IV) et de violences diverses. Le phénomène est aggravé par la faible utilisation des méthodes contraceptives et des services de santé par les jeunes.

La consommation d'alcool, de drogue et de tabac, substances hautement nuisibles pour la santé, n'épargne pas la frange jeune de la population.

En effet, selon le rapport de l'enquête STEPS 2013, la consommation du tabac demeure un réel problème de santé publique avec une prévalence de 19,8% au sein de la population générale (25 à 64 ans). Cette prévalence reste plus élevée chez les hommes (29,2%) que chez les femmes (11,8%). Les sujets jeunes de 25 à 34 ans de sexe masculin sont les plus touchés avec une prévalence de 32,6%. La prévalence de l'exposition passive à la fumée de tabac à domicile était de 36,3% chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans.

Quant à la consommation d'alcool au cours des trente derniers jours qui ont précédé l'enquête, la prévalence était de 27,3% dans la population de 25 à 64 ans. Cette prévalence était plus élevée chez les hommes (31,0%) que chez les femmes (24,2%). La prévalence de la consommation de l'alcool augmentait avec l'âge et variait de 21,8% chez les 25 à 34 ans à 35,9% chez les 55 à 64 ans.

La prévalence des maladies cardiovasculaires est élevée comme témoignent les données de l'enquête STEPS 2013 :

- l'HTA chez 17,6% de la population de 25 à 64 ans ;
- le diabète chez 4,9% de la population de 25 à 64 ans ;
- une faible prévalence de l'hypercholestérolémie mais aussi un faible taux de cholestérol protecteur (HDL) chez 75,8% des hommes et 77,9% femmes de la population de 25 à 64 ans ;

III. RAPPEL DE LA STRATEGIE NATIONALE PS

Le Burkina Faso, s'est doté d'une stratégie nationale de promotion de la santé qui constitue le fondement du présent plan d'action. Elle se subdivise en plusieurs chapitres inter-liés, toutefois, son rappel se limitera aux points spécifiques ci-dessous décrits.

3.1 Problèmes prioritaires

Les problèmes prioritaires retenus dans la stratégie nationale de promotion de la santé sont:

- ❖ **les environnements socio-économique, physique et législatif sont peu favorables à la santé.** Cette situation se caractérise par une extrême pauvreté des populations, un cadre de vie peu salubre, des conditions climatiques peu favorables et des textes législatifs et réglementaires peu appliqués. Cela est lié à la faiblesse des revenus, du niveau d'instruction et du taux d'alphabétisation des populations. Il

Il y a aussi l'action négative de l'Homme sur l'environnement, le faible niveau d'assainissement, l'insuffisance des textes et leur méconnaissance par les populations. Les conséquences qui en découlent sont la persistance/émergence de certaines maladies transmissibles et non transmissibles et le risque élevé de morbidité et de mortalité dans un contexte déjà précaire.

- ❖ **Le leadership du secteur de la santé en matière d'action sur les déterminants sociaux de la santé DSS reste faible;** cela se traduit par une insuffisance de prise en compte de la santé dans les politiques sectorielles. Cette situation est due essentiellement à l'insuffisance de compétences en promotion de la santé. Il en résulte une faible, voir une absence d'intégration du volet santé dans les missions des autres secteurs, la persistance et la recrudescence des cas morbides et une mortalité toujours élevée.
- ❖ **La participation communautaire et les interventions de santé à base communautaire sont insuffisantes.** Cela se manifeste par une insuffisante couverture en IBC et une faible appropriation des IBC par les populations. Cette situation s'explique par : (i) une faible compétence des ASBC, (ii) une inadéquation du profil et une absence des mécanismes harmonisés de motivation des ASBC, (iii) une faible couverture de l'approche de contractualisation, (iv) une faible implication des populations dans la gestion de leur propre santé, (v) une faible pérennisation des actions et (vi) une insuffisance dans la coordination des interventions de santé à base communautaire des différents projets et programmes de développement.

Il en résulte une insuffisance dans l'offre, l'accès, l'utilisation des services de santé à base communautaire (SBC) de qualité et la création des conditions favorables à la santé au niveau communautaire, se traduisant par une morbidité et une mortalité élevées au sein des populations.

- ❖ **L'offre de services en faveur de la promotion de la santé est insuffisante.** En effet, le système de santé met plus l'accent sur les soins préventifs et curatifs. Cela s'explique d'une part, par une faible intégration des actions de promotion de la santé aux services de santé offerts aux populations et d'autre part, par une faible participation autonomisante de celles-ci et une insuffisance de données probantes en matière de promotion de la santé.

Il en résulte une faible performance du système de santé dans l'amélioration de l'état de santé des populations.

3.2 Vision

La vision de la stratégie nationale de promotion de la santé se décline comme suit : « un bien-être des populations à travers un environnement propice à la santé, l'adoption de modes individuels de vie sains et l'offre de services de santé à base communautaire performante ».

3.3 Objectifs de la stratégie nationale PS

La stratégie nationale de promotion de la santé se propose comme objectifs de :

- améliorer les modes et les conditions de vie ;
- développer le leadership du secteur de la santé en matière d'action sur les DSS ;
- renforcer l'action communautaire pour la promotion de la santé ;
- renforcer l'offre de services en faveur de la promotion de la santé.

3.4 Orientations stratégiques

La stratégie nationale de promotion de la santé repose principalement sur deux orientations stratégiques qui sont :

- l'amélioration des modes et des conditions de vie ;
- le renforcement du leadership, de l'action communautaire et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé.

3.5 Programmes prioritaires

Dans le but d'atteindre les objectifs de la SNPS, quatre (04) programmes seront mis en œuvre :

- le développement des aptitudes individuelles favorables à la santé ;
- la création d'environnements favorables à la santé ;
- le renforcement de la participation communautaire et des IBC ;
- le renforcement du leadership et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé.

IV. OBJECTIFS DU PLAN D'ACTION

4.1. Objectif général

Améliorer la santé des populations.

4.2. Objectifs spécifiques

- D'ici à fin 2019, amener 50% des populations à adopter des comportements favorables à la santé.
- D'ici à fin 2019, améliorer les environnements socio-économique, physique et législatif dans au moins 80% des communes.
- D'ici à fin 2019, renforcer la participation et les interventions communautaires dans au moins 80% des villages.
- D'ici à fin 2019, amener 100% des secteurs de développement à intégrer des actions de promotion de la santé dans les politiques et programmes.

V. AXES D'INTERVENTION ET ACTIONS PRIORITAIRES

Le plan d'action est bâti autour des programmes de la stratégie nationale de promotion de la santé qui se déclinent en axes d'interventions et en actions prioritaires.

5.1. Axes d'intervention

Au total, huit axes d'interventions seront considérés :

Programme 1 : développement des aptitudes individuelles favorables à la santé

- renforcement de l'appropriation des interventions de PS par les communautés
- accroissement de l'accès aux services de santé à base communautaire de qualité
- renforcement de la communication, de la mobilisation sociale et du plaidoyer

Programme 2 : création d'environnements favorables à la santé

- amélioration des conditions de vie en milieux ciblés
- Amélioration des environnements économique, législatif et social des populations

Programme 3 : renforcement du leadership et de l'offre des services en faveur de la PS

- renforcement des capacités des acteurs
- renforcement des capacités des services de santé en faveur de la PS
- développement du leadership du Ministère de la santé et d'une vision multisectorielle de la santé

5.2. Actions prioritaires

- **Renforcement de l'appropriation des interventions de promotion de la santé par les communautés.** Cet axe vise à : (i) Renforcer l'autonomisation des communautés en matière de santé et développement de leurs environnements (ii) Promouvoir le partenariat intercommunautaire (iii) Améliorer les mécanismes de planification, de mise en œuvre, de coordination et de suivi/évaluation des IBC.
- **Accroissement de l'accès aux services de santé à base communautaire de qualité.** Cet axe d'intervention consistera à : (i) assurer une meilleure disponibilité des SBC de qualité, (ii) promouvoir l'assurance-qualité des services de santé à base communautaire, (iii) renforcer la coordination des IBC.
- **Renforcement de la communication, de la mobilisation sociale et du plaidoyer.** Cet axe consiste à : (i) mettre en œuvre des actions de communication en faveur d'un changement de comportement ; (ii) renforcer l'utilisation des médias classiques

et les technologies de l'information et de la communication (TIC) en faveur de la promotion de la santé.

- **Amélioration des conditions de vie en milieux ciblés.** Il s'agira ici de : (i) Développer les activités "PS sur les lieux de travail et les marchés", (ii) Développer les activités de PS dans les hôpitaux (hôpitaux promoteurs de la santé) (iii) Développer les activités de « villes et villages en santé », (iv) Développer les activités des « écoles promotrices de la santé ».
- **Amélioration des environnements économique, législatif et social des populations.** Cet axe permettra de : (i) Promouvoir l'autonomisation des communes pour le développement local, (ii) Promouvoir l'éducation obligatoire pour tous jusqu'à l'âge de 15 ans sous la responsabilité communale, (iii) Promouvoir l'alphabétisation fonctionnelle sous la responsabilité communale, (iv) Promouvoir la formation professionnelle et l'auto-emploi sous la responsabilité communale, (v) Promouvoir l'accès des populations aux ressources énergétiques, (vi) Promouvoir les droits humains et l'éducation civique, (vii) Améliorer la disponibilité, la qualité et la sécurité sanitaire de l'eau et des aliments, (ix) Promouvoir la sécurité routière , (x) Promouvoir la pratique de l'exercice physique et du sport de maintien.
- **Renforcement des capacités des acteurs.** Ce renforcement consiste à : (i) intégrer dans les curricula de formation des acteurs, des modules sur la promotion de la santé; (ii) renforcer les compétences des acteurs par les formations continue et diplômante (iii) promouvoir les échanges d'expériences nationales et internationales.
- **Renforcement des capacités des services de santé en faveur de la promotion de la Santé.** A ce niveau, il s'agira de : (i) développer des recherches en promotion de la santé, (ii) renforcer la gestion des données de routine des interventions de promotion de santé, (iii) documenter les interventions de promotion de santé.
- **Développement du leadership du Ministère de la santé et d'une vision multisectorielle de la santé.** Il consistera spécifiquement à : (i) Promouvoir le dialogue interne au sein du MS en matière de la PS(ii) renforcer l'approche promotion de la santé dans toutes les politiques, (iii) promouvoir la prise en compte du Genre dans les politiques et programmes sectoriels ; (iv) Accroître le financement des interventions de PS (v) Améliorer la planification des interventions en promotion de santé, (vi) Renforcer les mécanismes de coordination des interventions de promotion de la santé.

Programme 3 : Renforcement de la participation communautaire et des IBC

- ☛ *Accroissement de l'accès aux services de santé à base communautaire de qualité*

Cet axe d'intervention consistera à : (i) assurer une meilleure disponibilité des SBC de qualité, (ii) promouvoir l'assurance-qualité des services de santé à base communautaire, (iii) renforcer la coordination des IBC.

- ☛ *Renforcement de l'appropriation des interventions de promotion de la santé par les communautés*

Cet axe vise à : (i) renforcer les compétences des représentants de la communauté en matière de santé communautaire, (ii) promouvoir le partenariat intercommunautaire, (iii) promouvoir l'engagement des leaders d'opinion, des élus locaux et des réseaux communautaires en matière de promotion de santé, (iv) améliorer les mécanismes de planification, de mise en œuvre, de coordination et de suivi/évaluation des IBC.

VI. CHRONOGRAMME 2015-2019

PROGRAMME PRIORITAIRE 1 : Développement des aptitudes individuelles favorables à la santé										
Objectif spécifique : DICI à fin 2019, amener 50% des populations à adopter des comportements favorables à la santé										
Axe d'intervention 1 : Renforcement de l'appropriation des interventions de promotion de la santé par les communautés										
Actions prioritaires	Activités	Responsables	Autres concernés	Période					Indicateurs	Coût
				15	16	17	18	19		
1. Renforcer l'autonomisation des communautés en matière de santé et développement de leurs environnements	1. Elaborer un guide d'orientation en matière d'autonomisation communautaire pour les projets et programmes de développement	MS	MATD	X					- Disponibilité d'un plan d'autonomisation communautaire pour les projets et programmes de santé et de développement	32 465 160
	2. Elaborer un module de formation sur l'autonomisation	MS	MATD	X					- Disponibilité d'un plan de plaidoyer sur l'autonomisation communautaire à l'endroit des ONG et associations	19 008 712
	3. Organiser une rencontre de plaidoyer sur l'autonomisation communautaire à l'endroit des députés, des ONGs et Association dans chacune des 130 communes	MS	MATD	X					- Nombre des rencontres réalisées - Nombre de personnes touchées	82 298 180
	4. Former 100 acteurs de chacune des 130 Communes sur l'autonomisation communautaire	MS	MATD AMBF		X	X	X	X	- Nombre d'acteurs formés	382 025 100
	5. Organiser une rencontre de restitution de la formation par village	Communes			X				- Proportion des villages touchés	130 000 000
	6. Mettre en œuvre les activités d'éducation par les pairs sur l'autonomisation communautaire			X	X	X	X	X	- Existence de la stratégie	PM

2. Promouvoir le partenariat intercommunautaire	7. Organiser 5 voyages d'études intercommunaux par an en vue d'échanges d'expériences sur des approches innovantes en matière de PS	MS	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre de voyages réalisés	28 311 000
	8. Animer les cadres de concertation traitant des questions de PS	MS	Autres secteurs concernés			x	x	x	- Nombres de cadres animés	70 000 000
3. Améliorer les mécanismes de planification, de mise en œuvre, de coordination et de suivi/évaluation des Interventions à Base Communautaires.	9. Organiser des journées de PS au niveau des communes	MS	Acteurs internes au MATD	x	x	x	x	x	- Nombre de journées organisées	877 500 000
	10. Intégrer les IBC dans les directives de planification, à tous les niveaux	MS	Acteurs internes	x	x	x	x	x	- Nombre de directives prenant en compte les IBC	PM
	11. Intégrer les données communautaires dans le circuit du SNIS	MS	Acteurs internes	x	x				- Prise en compte des données communautaires dans le SNIS	9 582 100
	12. Former les principaux acteurs communautaires en planification participative (Membres de groupement, Association/ONG, ASBC, cellules villageoises)	MS	MATD, Acteurs internes	x	x				- Nombre d'acteurs formés - Nombre de séances de formation réalisées	681 740 100
	13. Former les principaux acteurs communautaires en suivi-évaluation des IBC	MS	MATD, Acteurs internes	x	x				- Nombre d'acteurs formés - Nombre de séances de formation réalisées	681 740 100
	14. Réaliser une planification participative par district regroupant 150 acteurs communautaires	MS	Communautés	x					Proportion des DS ayant réalisé la planification participative	1 145 508 000

Axe d'intervention 2 : Accroissement de l'accès aux services de santé à base communautaire de qualité

Actions prioritaires	Activités	Responsables	Autres concernés	Période					Indicateurs	Coût
				15	16	17	18	19		
4. Assurer une meilleure disponibilité des SBC de qualité,	15. Elaborer le profil de l'ASBC (processus de sélection, paquet de services, supervisions, formation, équipements, modalités de motivation)	Ministère de la santé (DPS)	ONG/Associations	x					- Existence d'un paquet de services à base communautaire	PM
	16. Elaborer un guide d'orientation de la MEO des SBC	Ministère de la santé (DPS)	Autres secteurs concernés	x					- Existence d'un guide des agents de santé à base communautaire	21 565 300
	17. Assurer la motivation pécuniaire des ASBC	MS	Autres secteurs concernés						- Proportion des mois couverts	24 000 000 000
	18. Elaborer/Réviser les textes réglementaires des Services de santé à base communautaire	Ministère de la santé	Acteurs internes	x					- Existence de textes réglementaires	21 696 500
	19. Elaborer/réviser les programmes de formation en santé communautaire	Ministère de la santé	Ecoles de formation dans le domaine	x	x				- Nombre de programmes de formation en santé communautaire élaborés/révisés	23 206 540
	20. Elaborer/réviser les modules de formation en santé communautaire	Ministère de la santé	Personnes ressources	x					- Nombre de modules de formation en santé communautaire élaborés/révisés,	23 206 540
	21. Renforcer les compétences des acteurs du monde communautaire en santé communautaire (ONG ; Associations ; ASBC)	MS	ONG/Asso, Communes, Acteurs MS		x	x			- Proportion des acteurs de MEO de l'approche de contractualisation ayant bénéficié d'une formation y relative	256 228 000
	22. Assurer la couverture de tous les villages par les activités des ONG et associations intervenant dans le domaine de la santé communautaire	MS	ONG/Asso, Communes, Acteurs MS	x	x				- Taux de couverture des villages par les activités des OBC-E	75 000 000
	23. Assurer le suivi régulier des activités des ONG/Association, ASBC	MS	ONG/Asso, Communes, MS	x	x	x	x	x	- Nombre de suivi des activités des ONG et OBC-E réalisés	91 001 600
	24. Evaluer annuellement la performance des ONG et associations	MS	ONG/Asso, Communes, Acteurs MS	x	x	x	x	x	- Nombre d'ONG et d'OBC-E évaluées	100 000 000

5. Promouvoir l'assurance-qualité des services de santé à base communautaire,	25. sélectionner les agents de santé à base communautaire selon le profil défini	MS	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre d'agents de santé à base communautaire recrutés selon le profil défini	160 000 000
	26. Former et/ou mettre à niveau 17 000 ASBC	MS	ONG/Associations, Communes, Acteurs MS	x	x	x			- Nombre d'ASBC formés et/ou mis à niveau;	1 611 078 000
	27. Doter les ASBC, ONG/Association en équipements et consommables.	MS	ONG/Associations, Communes, Acteurs MS, PTF	x	x				- proportion des ASBC ayant reçu une dotation en équipement et consommable	10 000 000 000
	28. Elaborer les textes réglementant le fonctionnement des CVPS (Statut, promotion, motivation, etc.)	Ministère de la santé (DPS)	Autres secteurs, PM, Communautés		X				- Nombre de textes élaborés - Nombre d'acteurs impliqués	16 989 800
	29. Mettre en place X centres villageois de PS(CVPS)	Ministère de la santé (DPS)	Autres secteurs concernés, PM, communautés			x	x	x	- Nombre de CVPS mis en place	16 000 000 000
	30. Faire un plaidoyer pour l'intégration du niveau communautaire dans le système de santé	Ministère de la santé (DPS)	Autres secteurs concernés, PM	x					- Nombre de plaidoyer réalisés - Nombre de responsables touchés - Intégration effective	PM
	31. Elaborer / réviser les normes et protocoles de mise en œuvre des SBC	MS	ONG/Asso., Acteurs MS	x					- Existence de document de normes et protocoles	23 280 012
	32. Assurer le suivi/supervision des activités des ASBC, ONG/Association ;	MS	ONG/Asso., Acteurs MS	x	x	x	x	x	- Nombre de sorties de suivi réalisées; - Nombre d'ASBC supervisés	91 001 600
	33. Assurer la formation continue des ASBC, ONG/Association	MS	ONG/Asso., Communes, Acteurs MS	x	x	x	x	x	- Nombre d'ASBC formés;	1 131 123 000
	34. Instaurer des prix d'excellence en matière de SBC	MS	MATD, PTF, MEF		x	x	x	x	- Nombre d'acteurs/structures primés;	192 500 000

6. Renforcer la coordination des IBC.	35. Réaliser une cartographie des IBC	MS	ONG/Asso., Communes, Acteurs MS	X		X		X	Disponibilité de la carte des IBC Nombre de mises à jour de la carte	15 000 000
	36. Organiser des rencontres de coordination des IBC au niveau régional	MATS (Gouverneurs)	ONG/Association, Communes, Acteurs MS	X	X	X	X	X	- Nombre de rencontres de coordination des IBC organisées; - Nombre de participants	94 192 800
	37. Organiser des rencontres communales de concertation avec les ASBC sur le paquet d'activités à base communautaire	MATD (Maires)	ONG/Asso., Acteurs MATD	X	X	X	X	X	- Nombre rencontre organisées - Nombre de participants	351 000 000

Axe d'intervention 3 : Renforcement de la communication, de la mobilisation sociale et du plaidoyer										
Actions prioritaires	Activités	Responsables	Autres concernés	Période					Indicateurs	Coût
				15	16	17	18	19		
7. Mettre en œuvre des actions de communication en faveur d'un changement de comportement	38. Organiser une rencontre annuelle de plaidoyer inter sectorielles sur la PS	MS	Autres secteurs concernés	X					- Nombre de rencontres organisées	4 460 000
	39. Réaliser au profit de chaque village 12 causeries éducatives par an sur les thématiques de PS	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	X	X	X	X	X	- Nombre de causeries réalisées - Nombre de personnes touchées	2 880 000 000
	40. Réaliser au profit de chaque commune 10 Ciné-débats par an sur les thématiques de PS	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	X	X	X	X	X	- Nombre de ciné-débats réalisés - Nombre de personnes touchées	2 632 500 000
	41. Réaliser au profit de chaque commune, 10 théâtres fora par an sur les thématiques de PS	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	X	X	X	X	X	- Nombre de théâtres fora réalisés - Nombre de personnes touchées	2 632 500 000
	42. Réaliser 20 Spots radio par an au profit de chaque commune sur les thématiques de PS en français et en langues locales	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	X	X	X	X	X	- Nombre de spots radio réalisés	30 000 000

	43. Réaliser 10 Spots télé par an au profit de chaque commune sur les thématiques de PS en français et en langues locales	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	x	x	x	x	x	- Nombre de spots télé réalisés	57 500 000
	44. Traduire 20 spots radio dans 5 principales langues locales par région	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	x	x	x	x	x	Nombre de spots radio traduits	52 000 000
	45. Doubler 10 spots télé dans 5 principales langues locales par région	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	x	x	x	x	x	- Nombre de spots radio traduits	26 000 000
	46. Diffuser 20 fois chaque spot radio par commune	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	x	x	x	x	x	- Nombre de spots radio traduits	25 000 000
	47. Diffuser 20 fois chaque spot télé par région	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	x	x	x	x	x	Nombre de spots radio traduits	75 000 000
	48. Réaliser 12 émissions radio dans chaque province par an sur des thématiques de PS;	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	x	x	x	x	x	Nombre de spots radio traduits	94 500 000
	49. Organiser annuellement une conférence de presse sur les résultats de PS	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	x	x	x	x	x	Nombre de spots radio traduits	8 500 000
	50. Produire les supports de communication sur les thématiques de PS	Tout secteur	Autres secteurs concernés, Collectivités, acteurs internes	x	x	x	x	x	- Nombre de spots radio traduits	200 000 000

8. Renforcer l'utilisation des médias classiques et les technologies de l'information et de la communication en faveur de la promotion de la santé.	51. Animer un site web de promotion de la santé;	MS/DPS	Autre secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre d'articles PS publiés dans le site web PS	PM
	52. Etablir des conventions de partenariat avec les médias existants	Tout secteur	MC, MS	x	x	x	x	x	- Existence de conventions de partenariat avec	PM
	53. Appuyer les radios communautaires selon les besoins (Finances, équipements)	MC	Gouvernorats, Hauts commissaires, préfets			x	x	x	- Nombre de radios communautaires créées ou appuyées	40 500 000
	54. Appuyer des productions musicales de sensibilisation sur des questions de santé	MAC	MS, Artistes musiciens	x	x	x	x	x	- Existence de productions musicales de sensibilisation de santé ayant reçu des appuis dans le cadre de la PS	5 500 000
	55. Animer une page dans les journaux en thème de Promotion de la santé	MS	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Proportion des parutions animées	196 300 000

PROGRAMME PRIORITAIRE 2: création d'environnements favorables à la santé											
Objectif spécifique : D'ici à fin 2019, améliorer les environnements socio-économique, physique et législatif dans au moins 80% des communes.											
Axe d'intervention 4: Amélioration des conditions de vie en milieux cibles.											
Actions prioritaires	Activités	Responsables	Autres concernés	Période					Indicateurs	Coût	
				15	16	17	18	19			
9. Développer les activités "PS sur les lieux de travail et les marchés"	56. Formaliser le partenariat avec les 50 communes pour la mise en œuvre de la PS dans les principaux marchés et lieux de service publique et des entreprises privées	MS	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre de partenariats formalisés	PM	
	57. Mettre en place des cellules de PS dans les lieux de travail et les marchés	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Proportion des communes partenaires disposant de cellules PS	PM	
	58. Installer des enseignes d'information sur les thématiques de PS dans les marchés	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Proportion des marchés partenaires disposant d'enseignes	20 000 000	
	59. Diffuser de messages audio de PS dans les gares et marchés	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre de messages diffusés	33 800 000	
	60. Installer des bacs à ordures	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Taux de disponibilité en bacs à ordures	877 500 000	
	61. Assurer l'enlèvement régulier des ordures	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Taux d'enlèvement des ordures	PM	
	62. Construire des latrines	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre de latrines réalisé	6 142 500 000	
	63. Organiser des journées de salubrité	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Taux d'utilisation des latrine	175 500 000	
	64. Organiser des inspections sur les lieux de travail	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre de journées de salubrité organisées par an	210 600 000	
	65. Réaliser des visites médicales dans les lieux de travail et les marchés	MS	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Taux de couverture en inspection des lieux de travail	421 200 000	

10. Développer les activités de PS dans les structures de soins (hôpitaux promoteurs de la santé)	66. Installer les dispositifs sécuritaires dans les lieux de travail et les marchés	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Proportion des lieux de travail couverts en dispositifs de sécurité	PM
	67. Mettre en place des dispositifs de lavage des mains auprès des restaurants environnants et les latrines	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Proportion des restos couverts en dispositifs de lave mains - Proportion des latrine couverts en dispositifs de lave mains	438 750 000
	68. Installer des reposoirs dans les marchés	MATD (Communes)	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Nombre de reposoirs installés - Proportion de marchés disposant de reposoirs	351 000 000
	69. Organiser des causeries éducatives	Cellules PS des marchés et lieux de travail	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Nombre de causeries réalisées - Nombre de personnes touchées	547 560 000
	70. Organiser des séances de sevrage tabagique dans les lieux de travail	Cellules PS des lieux de travail	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Nombre de séances réalisées - Nombre de personnes touchées	273 000 000
	71. Installer des « cafétéria-resto en santé »	Cellules PS des lieux de travail	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Nombre de séances réalisées - Nombre de personnes touchées	1 755 000 000
	72. Appliquer la législation antitabac	Cellules PS des lieux de travail	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Proportion des lieux de travail appliquant la législation antitabac	75 885 680
	73. Former le personnel sur la gestion du stress dans les lieux de travail	Cellules PS des lieux de travail	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Nombre de personnes formées - Nombre de cas de stress	144 058 720
	74. Former les membres des cellules en PS	MS	Communes MATD/MT	X	X	X	X	X	X	- Nombre d'acteurs formés	170 158 200
	75. Organiser le partenariat avec les structures de soins (CHR, CHU, CMA et CSPS)	MS	Autres acteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Nombre de partenariat organisé	2 585 620
	76. Former le personnel de santé sur l'approche PS en milieu hospitalier	MS (Direction générale)	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Nombre de professionnels formés	50 350 040
	77. Assurer la formation continue du personnel des hôpitaux	MS/DES	Autres acteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Nombre de formations organisées	251 750 200
	78. Renforcer le fonctionnement des comités d'hygiène et sécurité au travail	MS/DES	Autres acteurs concernés	X	X	X	X	X	X	- Nombre de comités touchés	72 099 800
	79. Elaborer des supports de communication au profit du personnel	MS/DPS	Autres secteurs concernés	X						- Nombre de rapports élaborés	21 827 700

80. Doter les hôpitaux en matériel audiovisuel pour la diffusion de messages de santé	MS/DES	Autres secteurs concernés	x	x				- Nombre de messages diffusés	26 000 000
81. Renforcer les hôpitaux en équipements biomédicaux	MS/DES	Autres secteurs concernés	x	x				- Nombre d'hôpitaux équipés	PM
82. Former les techniciens biomédicaux à la maintenance du matériel	MS/DES	Autres secteurs concernés	x	x				- Nombre de techniciens formés	PM
83. Paver les zones praticables à l'intérieur des hôpitaux	MS/DES	Autres secteurs concernés			x			- Proportion d'hôpitaux touchés	65 000 000
84. Renforcer les hôpitaux en personnel selon le besoin	MS/DRH	Autres secteurs concernés	x	x	x		x	-	PM
85. Réhabiliter les équipements non fonctionnels	MS/DPS	Autres secteurs concernés	x	x	x		x	- Existence d'équipements fonctionnels	130 000 000
86. Aménager des espaces de détente adaptés aux hôpitaux	MS/DES	MATD (Communes)			x			- Proportion d'hôpitaux touchés	13 000 000
87. Organiser des journées de salubrité hospitalière	MS/DES	MATD (Communes)	x	x	x		x	- Proportion des activités réalisées	1 300 000
88. Doter les établissements de santé en équipements adaptés pour la pré-collecte, la collecte et le transport pour les DBM	MS/DES	Autres secteurs concernés	x	x				- Existence d'équipement adapté	2 080 000 000
89. Réhabiliter les incinérateurs non fonctionnels dans les structures de santé (PADS	MS	x	x	x		x	- Nombre d'incinérateur réhabilités	1 007 500 000
90. Equiper les CSDS en incinérateurs types)	MS/DES	Autres secteurs concernés			x			- Proportion des CSDS bénéficiaires	1 613 500 000
91. Renforcer les services d'aide aux indigents	MS/DES	Autres secteurs concernés	x	x	x		x	- Nombre d'indigents soutenus	65 000 000
92. Assurer l'hygiène des denrées alimentaires commercialisées aux alentours de l'hôpital	MS/DPS	Autres secteurs concernés	x	x				- Existence d'activités y relatives	PM
93. Assurer la qualité de la nourriture des patients et du personnel	MS/DES	Autres secteurs concernés	x	x	x		x	- Existence d'un comité d'appréciation de la qualité de la nourriture	PM

11. Développer les activités de « villes et villages en santé (VVS) »	94. Assurer l'éducation des patients et des accompagnants	MS/DES	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	x	- Nombre d'activités y relatives	PM
	95. Renforcer la communication avec le patient sur sa maladie	MS/DES		x	x	x	x	x	x	- Nombre d'activités y relatives	PM
	96. Renforcer le système d'information hospitalière	MS/DES	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	x	- Niveau de qualité des données sanitaires	39 000 000
	97. Renforcer le monitoring hospitalier	MS/DES	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	x	- Nombre de monitorages et	32 500 000
	98. Organiser un plaidoyer auprès des conseils municipaux en faveur du développement des activités VVS	MATD (Communes)	MS		x					- Nombre d'activités y relative	75 895 680
	99. Former dans chaque commune, 8 membres du conseil communal et 2 membres CVD en PS y compris le concept VVS	MS/D/PS	MATD (Communes)		x	x				- Proportion de communes touchées	126 694 800
12. Développer les activités des « écoles promotrices de la santé »	100. Appuyer les communes dans la mise en œuvre d'activités spécifiques relatives au VVS	MENA	MATD (Communes)		x	x	x	x	x	- Nombre d'activités réalisées	239 536 440
	101. Identifier des écoles pilotes de PS en collaboration avec les autorités sanitaires, scolaires et communales.	MS	Communes/MATD		x	x	x	x	x	- Nombre de partenariat signé	PM
	102. Mettre en place un comité PS	MS	Autres secteurs concernés	x						- Existence d'un comité PS	PM
	103. Former les membres du comité sur l'approche de Promotion de la santé	MS/D/PS	Autres secteurs concernés	x						- Proportion des membres du comité formés	165 124 700
	104. Renforcer les connaissances des enseignants sur les thèmes importants de PS	MENA	Autres secteurs concernés		x					- Proportion d'enseignants formés	109 081 700
	105. Doter les écoles en outils de communication de PS au profit des enseignants et des élèves.	MENA	Autres secteurs concernés		x	x				- Proportion des écoles bénéficiaires	32 500 000
	106. Mettre en place un observatoire des élèves pour les comportements favorables à la santé au sein de l'école	MENA	Autres secteurs concernés							- Proportion des écoles disposant d'observatoire	PM

107. Organiser semestriellement, une journée PS en milieu scolaire.	MENA	Autres acteurs concernés				- Nombre de journées organisées	65 000 000
108. Animer une émission à la radio par semestre sur les activités des écoles en santé	MENA	Autres secteurs concernés				- Nombres d'émissions animées	6 500 000
109. Réaliser et/ou réhabiliter les ouvrages d'hygiène/assainissement	MENA	Autres secteurs concernés				- Nombre d'ouvrages réhabilités	1 365 000 000
110. Assurer l'accompagnement psychosocial des élèves	MENA	Autres secteurs concernés				- Nombre d'élèves touchés	273 000 000
111. Réaliser des activités d'hygiène individuelle en milieu scolaire (brossage des dents en groupe, lavage des mains, taille des cheveux...)	MS/DPS	MENA				- Nombre d'activités réalisées	13 000 000
112. Organiser un concours « meilleure école en santé »	MENA	MS/DPS				- Existence d'un prix meilleure école	32 500 000
113. Assurer l'hygiène des denrées alimentaires commercialisées au sein de l'école	MENA	MATD (Communes)				- Nombre d'activités y relative	PM
114. Organiser une visite médicale annuelle des élèves	MENA	MS				- Nombre d'élèves et d'enseignants touchés	368 550 000
115. Appliquer législation antitabac en milieu scolaire	MENA	MS/DPS				- Existence de texte interdisant le tabac en milieu scolaire	PM

Axe d'intervention 5: Amélioration des environnements économique, législatif et social des populations										
Actions prioritaires	Activités	Responsables	Autres concernés	Période					Indicateurs	Coût
				15	16	17	18	19		
13. Promouvoir l'autonomisation des communes pour le développement local,	116. Elaborer un module de formation sur l'autonomisation communale	DPS	Communes		X	X	X	X	- Nombre de plan élaboré	19 008 712
	117. Former 5 acteurs de chacune des 351 Communes sur l'autonomisation communale	MATD	Autres secteurs concernés		X	X			- Nombre d'acteurs formés	534 101 400
	118. Renforcer le plaidoyer pour l'application de l'accélération de l'Ecole Pour Tous.	MENA	MESS, Autres concernés		X	X			- Nombre de personnalités touchées	PM
14. Promouvoir l'éducation obligatoire et gratuite pour tous de 03 à 16 ans sous la responsabilité communale,	119. Renforcer les mesures de subvention des charges scolaires	MENA	MENA MESS		X	X	X	X	- Existence d'un système de subvention y relative	PM
	120. Sensibiliser les parents à la scolarisation des enfants			X	X	X	X	X	- Nombre de personnes touchées	75 066 680
	121. Couvrir l'ensemble des villages en écoles primaires	MENA	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	- Proportion des villages disposant d'école primaires	PM
	122. Couvrir l'ensemble des villages en centres d'alphabétisation.	MENA	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	- Proportion des villages disposant de centres d'alphabétisation	PM
15. Promouvoir l'alphabétisation fonctionnelle sous la responsabilité communale,	123. Diffuser et appliquer les dispositions légales et réglementaires en matière d'éducation.	MENA	Autres secteurs concernés	X	X	X	X	X	- Nombre de personnes touchées Nombre de rencontres organisées	PM
	124. Mettre en place un mécanisme d'orientation des élèves du primaire aux futurs métiers	MENA	Autres secteurs		X	X	X	X	- Existence du système	PM
16. Promouvoir la formation professionnelle et l'auto-emploi sous la responsabilité communale	125. Renforcer les offres de formation professionnelle au niveau communal	MJFPE	Autres secteurs		X	X	X	X	- Proportion des communes disposant d'école de formation professionnelle	PM
	126. Assurer l'insertion socio-professionnelle des acteurs formés	MJFPE	MADT		X	X	X	X	- Proportion d'acteurs ayant réussi leur insertion socio professionnelle	PM

17. Promouvoir l'accès des populations aux ressources énergétiques	127. Couvrir l'ensemble des communes en énergie électrique	MEMC	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Proportion des communes couvertes en énergie électrique	PM
	128. Renforcer à l'accès aux énergies renouvelables	MEMC	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Proportion des ménages utilisant les énergies renouvelables	PM
	129. Développer des modules relatifs aux droits humains et à l'éducation civique ;	MDHPC	Autres secteurs concernés	x	x				- Nombre de modules produits	PM
18. Promouvoir les droits humains et l'éducation civique,	130. Introduire les modules dans les curricula de formations dans les centres d'alphabétisation, d'éducation de base non formelle, du primaire et du post primaire	MENA	Autres secteurs concernés		x	x			- Nombre de modules introduits dans les curricula de formations - Nombre de centre dispensant les modules introduits	PM
	131. Diffuser et appliquer les dispositions légales et réglementaires en matière de droits humains et civiques.	MDHPC	Autres secteurs concernés		x	x			- Nombre de personnes touchées - Nombre de rencontres organisées	PM
19. Améliorer la disponibilité, la qualité et la sécurité sanitaire de l'eau et des aliments	132. Réaliser 100 ouvrages supplémentaires par an d'approvisionnement en eau potable adéquats ;	MS	Autres secteurs concernés	x	x	x			- Nombre d'ouvrages réalisés	4 000 000 000
	133. Renforcer les capacités de 13 structures régionales de contrôle de la qualité de l'eau.	MS	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre de structures renforcées et équipées	47 634 100
	134. Former par an, 500 acteurs intervenants dans la chaîne de production, transformation, distribution, commercialisation des denrées alimentaires en hygiène alimentaire ;	MS	Autres secteurs concernés		x	x			- Nombres d'agents formés	327 603 900
	135. Organiser par an dans chaque commune, 4 inspections et contrôles des denrées alimentaires ;	Communes	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre d'inspections réalisées	236 925 000

	136. Renforcer les compétences de 100 acteurs par an en charge du contrôle de la qualité des produits de consommation à l'importation	MS	Autres acteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre d'acteurs formés	156 630 600
	137. Equiper 20 structures centrales et déconcentrées de contrôle de la qualité des denrées alimentaires	MS	Autres acteurs concernés						- Nombre de structures renforcées et équipées	200 000 000
	138. Améliorer la qualité nutritive et hygiénique des aliments de grande consommation	MS,	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre d'activités y relatives réalisées	PM
	139. Améliorer la disponibilité des aliments de grande consommation.	MASA	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre d'activités y relatives réalisées	PM
	140. Améliorer l'accessibilité financière des populations aux aliments de grande consommation	MICA	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre d'activités y relatives réalisées	PM
	141. Développer/Reviser les modules relatifs à la sécurité routière	MT	Autres secteurs	x	x				- Nombre de modules développés	PM
	142. Introduire les modules dans les curricula de formations dans les centres d'alphabétisation, d'éducation de base non formelle, du primaire et du post primaire.	MENA	autres concernés	x	x				- Nombre de modules introduits dans les curricula de formation	PM
20. Promouvoir la sécurité routière	143. Diffuser et appliquer les dispositions légales et réglementaires en matière de Sécurité routière	MT	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Nombre de personnes touchées - Nombre de rencontres organisées	PM
	144. Renforcer les infrastructures routières	Ministère en charges des routes	Autres secteurs concernés	x	x	x	x	x	- Proportion des routes bitumées - Proportion des routes en terre battue	PM

21. Promouvoir la pratique de l'exercice physique et du sport de maintien	145. Organiser le sport pour tous à tous les niveaux	MSL	Autres secteurs	x	x	x	x	x	x	- Existence de comités sport	PM
	146. Aménager des espaces de loisirs dans les villes, les villages, les quartiers et les secteurs	MSL	Autres secteurs	x	x	x	x	x	x	- Nombre d'espaces de loisirs aménagés	PM
	147. Réaliser par an, une campagne de communication sur les avantages de la pratique du sport	MSL	Autres secteurs	x	x	x	x	x	x	- Nombre de campagnes réalisées	485 250 000
	148. Mettre en place des gymnases publics dans les 13 régions	MSL	Autres secteurs	x	x	x	x	x	x	- Nombre de gymnases réalisés	PM

Programme 3 : Renforcement du leadership et de l'offre des services en faveur de la PS

Objectif spécifique : D'ici à fin 2019, amener 100% des secteurs de développement à intégrer des actions de promotion de la santé dans les politiques et programmes

Axe d'intervention 6: Renforcement des capacités des acteurs

Actions prioritaires	Activités	Responsables	Autres concernés	Période					Indicateurs	Coût
				15	16	17	18	19		
22. Intégrer dans les curricula de formation des acteurs, des modules sur la promotion de la santé	149. Elaborer des modules sur la promotion de la santé	MS (DPS)	Personnes ressources	x	x				- Existence de modules sur la promotion de la santé	37 430 472
	150. Faire un plaidoyer pour l'intégration des modules dans les curricula de formation des écoles professionnelles.	MS (DPS)	Ministères de tutelle, Responsables des écoles de formation	x					- Nombre d'autorités rencontrées - Nombre de modules introduits dans les curricula	923 700
	151. Former les encadreurs et les enseignants des écoles professionnelles sur les modules élaborés	MS (DPS),	Ministères de tutelle, Responsables des écoles de formation	x	x				- Nombre d'encadreurs et d'enseignants formés	220 303 200
	152. Réviser les curricula de formation de base des écoles professionnelles en intégrant la PS	Responsables des écoles de formation	MS (DPS), Ministères de tutelle,		x				- Existence de modules de la PS dans les curricula de formation de base des agents de santé	20 700 000
	153. Renforcer les laboratoires et bibliothèques des institutions de formation en équipements et en documents	MS	Responsables des écoles de formation, Ministère de tutelle		x	x			- Nombre de laboratoires et de bibliothèques équipés	100 000 000

23. Renforcer les compétences des acteurs par les formations continues et diplômante	154. Former 100 formateurs sur les modules élaborés	MS (DPS)	Autres secteurs						- Nombre de formateurs formés sur les modules élaborés	38 241 600
	155. Former 1000 acteurs par an dans le domaine de la santé	MS (DPS)	Personnes ressources						- Nombre d'acteurs formés dans le domaine de la PS	296 052 200
	156. Former 5 agents en master de promotion de la santé par an	MS (DPS)	Autres secteurs concernés						- Nombre d'agents formés en master de PS	225 000 000
	157. Former 10 agents sur une courte durée en PS par an	MS (DPS)	Autres secteurs concernés						- Nombre d'agents ayant bénéficié de formation de courte durée à Ouidah	175 000 000
24. Promouvoir les échanges d'expériences nationales et internationales.	158. Organiser un voyage d'étude (interne et externe) par an dans des pays ayant des expériences sur la promotion de la santé	MS (DPS)	Autres secteurs, autorités du pays d'accueil						- Nombre de voyages d'étude organisés à l'intérieur - Nombre de voyages d'étude organisés à l'étranger	120 030 000
	159. Participer aux rencontres nationales et internationales sur la promotion de la santé	MS (DPS)	Autres secteurs concernés						- Nombre de participation aux rencontres sur la PS	112 500 000
	160. Organiser un forum national biennal sur la promotion de la santé	MS (DPS)	Autres secteurs concernés						- Nombre de foras organisés	16 810 000

Axe d'intervention 7 Renforcement des capacités des services de santé en faveur de la promotion de la Santé										
Actions prioritaires	Activités	Responsables	Autres concernés	Période				Indicateurs	Coût	
				15	16	17	18	19		
25. Développer des recherches en promotion de la santé,	161. Participer aux journées scientifiques internationales relatives à la PS	Ministère de la santé (DPS)	Autres secteurs	x	x	x	x	x	- Nombre de participation aux journées scientifiques sur la PS	40 000 000
	162. Organiser au niveau national des journées scientifiques de la PS	MS	Autres secteurs				x	x	- Nombre de journées organisées	60 000 000
	163. Appuyer la recherche sur des thèmes relatifs à la PS dans les écoles de formations (UFR-SH, UFR-SDS, ENSP...)	Ministère de la santé (DPS)	Autres secteurs concernés, Acteurs internes	x	x	x	x	x	- Nombre d'étudiants appuyés - Nombre de thèmes traités - Nombre de structures appuyées	10 000 000

26. Renforcer la gestion des données de routine des interventions de promotion de santé	164. Former les acteurs dans le domaine de la recherche en PS	Ministère de la santé (DPS)	Autres secteurs concernés, Acteurs internes	X	X	X			- Nombre d'agents formés	50 000 000
	165. Initier des recherches sur la PS	Ministère de la santé (DPS)	Acteurs internes	X	X	X	X		- Nombre de recherches initiées	12 500 000
	166. Identifier les données essentielles à collecter en matière de PS	Ministère de la santé (DPS)	Autres secteurs	X					- Disponibilité de la liste des données essentielles en PS	5 099 300
	167. Réviser les outils de collecte en intégrant les données essentielles à collecter en matière de PS	Ministère de la santé (DGESS)	Autres secteurs	X	X				- Disponibilité des outils de collecte des données	5 099 300
	168. Former les agents à la gestion des données	Ministère de la santé (DPS)	Acteurs internes	X	X				- Nombre d'agents formés	33 412 800
27. Documenter les interventions de promotion de santé	169. Intégrer les données dans le logiciel ENDOS	Ministère de la santé (DGESS)	Acteurs internes	X	X				- Existence de données PS dans la base ENDOS	5 099 300
	170. Assurer la gestion régulière des données de PS	Ministère de la santé (DGESS)	Acteurs internes	X	X				- Taux de complétude des rapports en saisie - Taux de promptitude des rapports en saisie	PM
	171. Identifier les bonnes pratiques en PS	Tout secteur	Acteurs internes	X	X	X	X		- Disponibilité d'un répertoire de bonnes pratiques en PS	PM
	172. Produire les documents de bonnes pratiques en PS (collecte de données, production et post production, édition)	Tout secteur	Acteurs internes	X	X	X	X		- Nombre de documents de bonnes pratiques produits	50 000 000
	173. Diffuser les résultats des interventions	Tout secteur	Autres secteurs	X	X	X	X		- Nombre de supports diffusés - Nombre de personnes touchées	PM
27. Documenter les interventions de promotion de santé	174. Mettre en place un système d'archivage des documents PS	Tout secteur	Acteurs internes	X	X	X	X		- Existence d'un système d'archivage	1 000 000

Axe d'intervention 8: Développement du leadership du Ministère de la santé et d'une vision multisectorielle de la santé.											
Actions prioritaires	Activités	Responsables	Autres concernés	Période					Indicateurs	Coût	
				15	16	17	18	19			
28. Promouvoir le dialogue interne au sein du MS en matière de la PS	175. Vulgariser le concept de PS (CASEM, Conférence DRS.)	DPS	SGM	x	x	x	x	x	- Nombre de cadre mis à profit	PM	
	176. Editer annuellement, un bulletin électronique sur la PS	DPS	SGM	x	x	x	x	x	- Existence du bulletin de PS	1 000 000	
29. Renforcer l'approche promotion de la santé dans toutes les politiques,	177. Organiser un séminaire gouvernemental sur la promotion de la santé	PM	Départements ministériels	x					- Nombre de participants au séminaire	8 717 800	
	178. Définir un PMA sectoriel en santé	Ministère de la santé (DPS)	Autres secteurs	x					- Existence d'un PMA sectoriel en santé	2 377 700	
	179. Définir des paquets spécifiques d'activités sectorielles en santé	Tout secteur	Acteurs internes, MS	x	x	x	x	x	- Existence de paquets spécifiques sectoriels en santé	460 664 500	
	180. Organiser des rencontres de plaidoyers à l'endroit du patronat privé	MS	MEF, Chefs d'entreprises privées	x					- Nombre d'acteurs rencontrés - Nombre de rencontres organisées	60 378 500	
30. Promouvoir la prise en compte du Genre dans les politiques et programmes sectoriels ;	181. Former les membres des cellules Genre des départements ministériels sur la prise en compte du genre dans les politiques	MPFG	DGP des ministères	x	x				- Nombre d'acteurs formés - Nombre de sessions de formations réalisées	10 274 000	
	182. Diffuser les textes juridiques en matière de genre et droits humains	MPFG	Autres secteurs	x	x	x	x	x	- Nombre de rencontre de diffusions réalisées - Nombre de textes diffusés	PM	
31. Accroître le financement des interventions de Promotion de la santé	183. Organiser une table ronde des partenaires pour le financement des actions de PS	MEF	MS, PTF	x					- Nombre de PTF ayant participé - Nombre d'annonces de financement	4 638 600	
	184. Mettre en place une fondation en faveur de la promotion de la santé	MEF	MS, PTF, Autres secteurs concernés	x	x				- Existence d'une fondation en faveur de la PS - Capacité financière de la fondation	PM	

	185. Faire un plaidoyer auprès des parlementaires en faveur de l'approbation des budgets sectoriels PS	MEF	MS, AN, Groupes parlementaires concernés	X					- Nombre d'acteurs rencontrés - Nombre de rencontres organisées	13 253 100
	186. Faire un plaidoyer auprès des collectivités territoriales, pour la mobilisation des ressources en faveur de la PS	MS	, MATD, Conseils communaux	X					- Nombre d'acteurs rencontrés - Nombre de rencontres organisées	17 512 080
32. Améliorer la planification des interventions en promotion de santé,	187. Evaluer le degré de prise en compte des déterminants sociaux dans la planification des interventions de santé	Ministère de la santé (DGESS)	Autres secteurs	X					- Existence du rapport	32 607 000
	188. Elaborer des directives de planification prenant en compte les Déterminants sociaux de la santé	Ministère de la santé (DGESS)	Autres secteurs	X					- Existence des directives	13 214 600
	189. Former les principaux acteurs en planification selon les nouvelles orientations	MS (DGESS)	Autres secteurs		X	X			- Nombre d'acteurs formés - Nombre de sessions tenues	192 755 460
	190. Mettre en place des cellules sectorielles de PS	Tout secteur	Acteurs internes	X					- Nombre de cellules mises en place	PM
	191. Mettre en place les cellules communales de PS	Commune		X	X				- Nombre de cellules mises en place	PM
	192. Mettre en place une Sous-commission « Promotion de la santé »	MS	Autres secteurs concernés	X					- Existence de la sous-commission « Promotion de la santé »	PM
33. Renforcer les mécanismes de coordination des interventions de promotion de la santé	193. Elaborer un plan de suivi-évaluation de la MEO du PSPS	MS	Autres secteurs	X					- Existence d'un plan de suivi-évaluation de la Mise en œuvre du PSPS	20 700 000
	194. Réaliser des revues sectorielles des actions de PS	Tout secteur	Acteurs internes	X	X	X	X	X	- Nombre de revues sectorielles réalisées	4 617 760
	195. Valider les rapports sectoriels de PS	Sous-commission «PS»	Membres de la sous-commission	X	X	X	X	X	- Nombre de rapport PS validés	16 200 400
	196. Assurer le suivi de la MEO du projet de promotion de la santé	MS	Communes	X	X	X	X	X	- Nombre de missions de suivi effectuées	40 841 216
TOTAL										96 029 510 104

VII. MISE EN ŒUVRE

Le présent plan d'action est le document de référence pour tous les acteurs de mise en œuvre de la politique de promotion de la santé. A cet effet, il précise les rôles et les responsabilités des différents intervenants ainsi que les systèmes de coordination, de suivi et d'évaluation dans le cadre de son exécution.

7.1. Mécanismes de mise en œuvre

7.1.1. Rôles et responsabilités des acteurs

La mise en œuvre adéquate du plan d'action de promotion de la santé requiert l'intervention de plusieurs acteurs dont les rôles et responsabilités sont bien définis. Cette définition permet de clarifier la contribution de chacun au processus et d'éviter les conflits de compétences entre acteurs.

Tableau x : Rôles et responsabilités des structures/acteurs

• Niveau central

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités
Comité national de suivi du PNDS	<ul style="list-style-type: none">- Veiller à l'exécution de la SNPS et du PAPS- Suivre la MEO de la SNPS et du PAPS- Prendre des mesures correctrices au besoin, pour le succès de la MEO de la SNPS et du PAPS- Valider/Adopter les documents normatifs et guides dans le domaine de la PS
Sous-commission «Promotion de la santé»	<ul style="list-style-type: none">- Préparer à la validation/adoption les documents de stratégies, guides, PA sectoriels, normes, protocoles et curricula de formation sur la PS;- Elaborer les documents relatifs à la PS préparatoires des réunions du Comité national de suivi du PNDS- Valider les rapports périodiques des cellules sectorielles de PS;- Formuler des recommandations au CNS-PNDS- Proposer des nouvelles orientations dans la mise en œuvre des interventions de PS ;- Veiller à la cohérence et à la synergie des interventions menées dans la communauté telles que définies dans le plan stratégique.- Traiter de toute question relative à la PS- Assurer la documentation des actions de PS au niveau national
Cellules sectorielles de PS	<ul style="list-style-type: none">- Elaborer des plans d'actions annuels de PS- Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de PS au niveau sectoriel;- Mobiliser les ressources financières et matérielles pour une meilleure mise en œuvre des activités de PS ;- Interagir avec les autres cellules développant des interventions en faveur de la PS au niveau du secteur- Appuyer les structures déconcentrées et les autres intervenants dans la mise en œuvre des activités de PS ;- Assurer l'appui/conseil aux ONG et Associations pour le développement des interventions de PS;- Assurer la gestion de l'information en matière de PS- Elaborer des rapports périodiques- Assurer la documentation des actions de PS au niveau sectoriel

Partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter un appui technique et financier à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des activités du plan d'action PS; - Participer à l'animation de la sous-commission PS
Structures faîtières des organisations de la société civile intervenant dans le domaine de la PS	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre des activités du plan d'action PS ; - Veiller à l'application des textes réglementaires au niveau des ONG et associations ; - Renforcer les capacités des acteurs ; - Mobiliser les ressources additionnelles en faveur de la PS ; - Assurer la coordination des activités des ONG/ associations ; - Appuyer les membres dans la planification de leurs activités de PS. - Participer à l'animation de la sous-commission PS - Assurer la documentation des actions de PS
ONG et associations	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la mise en œuvre des activités de PS - Assurer le suivi/supervision des activités de leurs PA relatives à la PS en collaboration avec les Directions régionales et centrales; - Elaborer des rapports d'activités de PS - Assurer la documentation des actions de PS - Mobiliser les ressources additionnelles

• **Niveau intermédiaire**

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités
Comité régional de suivi du PNDS	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à l'exécution de la SNPS et du PAPS au niveau régional ; - Suivre la MEO de la politique de PS et du plan stratégique à l'échelle régionale ; - Prendre des mesures correctrices, au besoin, pour le succès de la MEO de la SNPS et du PAPS au niveau régional - Diffuser les documents de stratégies, guides, PA sectoriels, normes, protocoles et curricula de formation sur la PS; - Elaborer des rapports périodiques régionaux de PS; - Proposer des nouvelles orientations dans la mise en œuvre des interventions de PS ; - Traiter de toute question relative à la PS - Veiller à l'implication de tous les intervenants dans les cadres de concertation à l'échelle de la région ; - Veiller à la collaboration active entre les différents acteurs/secteurs - mobiliser des ressources en faveur des activités de PS. - Assurer la documentation des actions de PS au niveau régional
Partenaires techniques et financiers au niveau régional	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter un appui technique et financier à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des activités du plan d'action, PS; - Participer à l'animation du Comité régional de suivi du PNDS
ONG et associations intervenant au niveau régional	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la mise en œuvre des activités de PS - Assurer le suivi/supervision des activités de leurs PA relatives à la PS en collaboration avec les Directions régionales; - Elaborer des rapports d'activités de PS - Assurer la documentation des actions de PS

• Niveau périphérique

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités
Conseil de santé de District	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à l'exécution de la SNPS et du PAPS au niveau District; - Suivre la MEO de la politique de PS et du plan stratégique à l'échelle du district ; - Prendre des mesures correctrices, au besoin, pour le succès de la MEO de la SNPS et du PAPS au niveau du District sanitaire - Diffuser les documents de stratégies, guides, PA sectoriels, normes, protocoles et curricula de formation sur la PS; - Elaborer des rapports périodiques de PS; - Proposer des nouvelles orientations dans la mise en œuvre des interventions de PS ; - Traiter de toute question relative à la PS - Veiller à l'implication de tous les intervenants dans les cadres de concertation à l'échelle du district; - Veiller à la collaboration active entre les différents acteurs/secteurs - mobiliser des ressources en faveur des activités de PS. - Assurer la documentation des actions de PS au niveau District
Cellule communale de PS (CCPS)	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer des plans d'actions annuels communaux de PS sous le leadership du DS - Mettre en œuvre, Suivre et évaluer les plans à l'échelle communale; - Veiller à l'application des normes et protocoles sur la PS; - Elaborer des rapports périodiques d'activités de PS; - Traiter de toute question relative à la PS - Veiller à l'implication de tous les intervenants dans les cadres de concertation à l'échelle communale; - Veiller à la collaboration active entre les différents acteurs/secteurs - mobiliser les communautés et les ressources locales en faveur des interventions de PS ; - Assister les communautés dans le choix des ASBC; - Organiser des rencontres bilans périodiques sur le développement des interventions de PS ; - Assurer la documentation des actions de PS au niveau communal
OBC-E/Associations au niveau communal	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer des plans d'actions annuels en prenant en compte la dimension PS - Mettre en œuvre les activités de PS - Assurer le suivi/supervision des activités de leurs PA relatives à la PS en collaboration avec les CCPS ; - Elaborer des rapports d'activités de PS - Assurer la documentation des actions de PS - Mobiliser les communautés et les ressources locales en faveur des interventions de PS ; - veiller à la bonne collaboration entre les animateurs, les ASBC et les communautés ; - Appuyer les ASBC dans la mise en œuvre du Paquet de services. - contribuer à la motivation des ASBC ; - Assurer la documentation des actions de PS
Conseil villageois de développement (CVD)	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer des plans villageois de développement prenant en compte la dimension PS; - Organiser la sélection et l'installation des ASBC selon les directives définies; - Mobiliser les ressources communautaires pour le développement des interventions de PS et la motivation des ASBC; - Collaborer avec les associations, coopératives et groupements villageois - Appuyer les ASBC dans l'exécution du paquet d'activités du CVPS; - Suivre la mise en œuvre des activités du CVPS; - Organiser des rencontres bilans ; - Elaborer des rapports périodiques.

Associations, groupements...	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre les activités de PS; - Rendre compte de la mise en œuvre des interventions de PS au CVD et au CSPS; - Contribuer à la mobilisation des ressources en faveur des activités de PS ; - appuyer les ASBC dans la mise en œuvre des interventions de PS ; - Organiser les rencontres-bilans périodiques sur l'exécution des activités de PS.
---	---

7.1.2. Mécanismes de coordination

La coordination de la mise en œuvre du plan d'action se fait à tous les niveaux.

- **Niveau central**

La coordination se fera à travers des cadres de concertation multisectoriels

- Comité national de suivi du PNDS

Ce comité qui est l'organe de décision s'appuie sur les travaux et recommandations de la sous-commission PS. L'examen des questions de PS s'inscrit dans l'agenda et les procédures normales de fonctionnement de ce comité.

- Sous-commission « Promotion de la santé »

Ce cadre regroupe des représentants de plusieurs secteurs. Le Ministère de la santé assure la préparation des documents utiles, l'organisation des séances de travail et la documentation des actions de PS. Un décret précise la composition, l'attribution et le fonctionnement de la sous-commission. Elle valide les rapports sectoriels de promotion de la santé ainsi que tout autre dossier qui sera soumis au CNS-PNDS.

- Cellules sectorielles de promotion de la santé

Au niveau des différents secteurs, des cellules seront créées. Elles servent d'intermédiaire entre la sous-commission et les acteurs au niveau des secteurs. Ces cellules assurent la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions de promotion de la santé. Elles élaborent des rapports sur la base de revues sectorielles de préférence, qu'elles soumettent pour validation à la sous-commission. Elles mettent en œuvre toutes stratégies correctrices retenues par le CNS-PNDS au niveau de leur secteur de ressort. Le fonctionnement et la composition sont fixés par arrêté du Ministre de tutelle. La cellule sectorielle entretient des liens fonctionnels avec les entités déconcentrées du secteur, conformément aux dispositifs hiérarchiques et organisationnels qui lui sont propres.

- **Niveau intermédiaire**

Les sessions du Comité régional de suivi du PNDS sont les instances qui intègrent la coordination de la mise en œuvre du plan d'action au niveau régional. La DRS est chargée de préparer les documents nécessaires à l'appréciation efficace des résultats

acquis par les membres du comité. Pour cela, elle travaille en collaboration avec les représentants des différents secteurs présents dans la région en vue de consolider les bilans et les programmations. A cette fin, la DRS veille à ce que les activités du plan d'action soient prises en compte dans les plans annuels d'activités des districts et des ONG/Associations. Le CRS-PNDS analyse les niveaux de performances obtenus dans le domaine de la PS et propose des solutions aux problèmes qui entravent la mise en œuvre adéquate des activités de promotion de la santé.

- **Niveau périphérique**

- Conseil de santé de District (CSD)

La coordination des interventions de PS relève de la compétence du Conseil de santé de district. Le CSD discute des problèmes de promotion de la santé et propose des solutions localement efficaces.

Le District sanitaire prépare tous les documents relatifs à la PS, utiles au bon déroulement des séances du CSD. Pour ce faire, il collabore avec les représentants des différents secteurs/acteurs au niveau du District. Le CSD s'approprie toute recommandation faite par le CRS-PNDS pour une meilleure conduite des actions de PS à l'échelle du District.

- Cellule communale de promotion de la santé (CCPS)

Une cellule communale de PS est mise en place par commune pour la coordination des activités opérationnelles de PS. Elle rend compte au Conseil municipal et exécute les décisions localement prises par celui-ci. Les CCPS collaborent étroitement avec le District sanitaire et coordonnent les activités des Associations, intervenant au niveau de la commune dans le domaine de la PS. Le fonctionnement et la composition sont précisés par délibération du Conseil communal.

- Conseil villageois de développement (CVD)

Il constitue le premier niveau de coordination des activités qui se mènent à l'échelle du village. Dans le cadre d'une relation fonctionnelle, il rend compte à la cellule communale de promotion de la santé. Le CVD collabore également avec les groupements socio-professionnels présents dans le village pour faciliter la mise en œuvre des activités.

Ces différents cadres de concertation permettent aux parties prenantes de veiller à la mise en œuvre effective des interventions de PS à l'échelle nationale, à travers les plans d'actions élaborés par niveau. Lors des différentes rencontres, des stratégies innovantes de PS sont partagées et des solutions proposées pour pallier les insuffisances constatées.

7.2. Mécanismes de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation permettent d'apprécier la mise en œuvre effective du plan d'action de PS, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus. A cet effet, un plan de suivi-évaluation de la mise en œuvre sera élaboré.

Au regard de la diversité des acteurs impliqués dans le plan d'action de PS, le Ministère de la santé coordonne toutes les activités relatives au suivi et à l'évaluation, conjointement avec les autres secteurs.

7.2.1. Suivi

Le suivi de la mise en œuvre des activités du plan d'action relève de la responsabilité de toutes les parties prenantes, quel que soit le niveau d'intervention.

- Niveau national : des rapports semestriels et annuels de mise en œuvre du Plan seront élaborés par la sous-commission promotion de la santé et présentés lors des rencontres du comité national de suivi du PNDS.
- Au niveau intermédiaire : les équipes des DRS, en collaboration avec les équipes cadres de district et les ONG/Associations, assureront le suivi trimestriel des activités du plan stratégique de PS. Des rapports seront élaborés par la DRS et présentés lors des rencontres du comité régional de suivi du PNDS. Ces rapports de suivi seront transmis à la DPS.
- Au niveau périphérique : les équipes des CSPS, réaliseront le suivi mensuel des activités du plan d'action, en collaboration avec les associations et les autres acteurs communautaires. Les rapports de suivi seront transmis aux districts (ECD) et présentés lors des CSD.

Les instruments de suivi/supervision sont élaborés par le ministère de la santé en collaboration avec les autres secteurs et constituent des guides/supports pour les différentes équipes de suivi/supervision.

7.2.2. Evaluation

L'évaluation permettra d'apprécier les résultats et l'impact des activités de PS sur la santé des populations. Elle se fera en fonction des objectifs assignés et des indicateurs définis dans le plan d'action.

Il sera procédé à deux évaluations du plan : une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale. Ces évaluations permettront d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs, le degré de satisfaction des populations bénéficiaires des activités de PS par rapport à l'accessibilité et à la qualité des services et à leur niveau de participation communautaire. Les opinions des acteurs quant à la mise en œuvre du plan seront également recueillies.

7.2.3. indicateurs

Indicateurs de résultats

1. Prévalence national du tabagisme
2. Prévalence national de l'alcoolisme
3. Prévalence des maladies cibles: Tuberculose, IST-VIH-SIDA, Paludisme, HTA, Diabète.
4. Prévalence contraceptive
5. Prévalence de l'excision
6. Taux de grossesses en milieu scolaire
7. Taux de consommation de substances dopantes en milieu scolaire
8. Taux d'absentéisme en milieu scolaire lié à la maladie
9. Proportion de mineurs travaillant dans les sites d'orpaillage
10. Prévalence des maladies cibles dans les sites d'orpaillage : IRA, IST-VIH, Tuberculose, Intoxication
11. Prévalence des maladies cibles en milieu carcéral : IRA, dermatoses, Tuberculose, IST-VIH
12. Proportion des structures de formation ayant intégré les modules sur la PS ;
13. Proportion des acteurs formés en PS mettant en œuvre des activités en faveur de la PS.
14. Degré de qualité de la mise en œuvre des IBC
15. Proportion des populations qui se brossent les dents au moins une fois par jour ;
16. Proportion de la population qui se lave les mains avant le repas et après les toilettes ;
17. Taux d'accès à l'assainissement familial amélioré (latrines) ;
18. Taux de couverture en assainissement amélioré ;
19. Taux d'accès à l'eau potable ;
20. Taux de pollution de l'air dans les grandes villes ;
21. Taux de pollution des eaux souterraines et de surface par les polluants organiques persistants ;
22. Taux de reforestation ;
23. Taux d'accès aux micro-finances ;
24. Taux de port du casque ;
25. Taux de port de ceinture de sécurité
26. Taux de scolarisation ;
27. Taux d'alphabétisation des femmes ;
28. Taux de scolarisation des filles ;
29. Taux d'abandon scolaire
30. Taux d'accès des populations à l'énergie électrique /solaire;
31. Taux d'utilisation des médicaments prohibés ;
32. Proportion des intoxications liées à l'utilisation des médicaments prohibés ;
33. Taux d'accidents de travail ;
34. Taux de conformité des produits de grande consommation contrôlés ;

35. Taux d'usage des produits chimiques nocifs pour la conservation et cuisson des aliments ;
36. Pourcentage des commerçants respectant la réglementation commerciale.
37. Degré de prise en compte de la PS dans les politiques sectorielles publiques, privées et communautaires ;
38. Degré de prise en compte du Genre dans les politiques et programmes sectoriels;
39. Taux de mobilisation des ressources financières en faveur de la PS ;
40. Degré de qualité de la planification des interventions en PS ;
41. Proportion des mécanismes de coordination fonctionnels;
42. Proportion des services cliniques offrant des prestations de PS ;
43. Proportion des recherches en PS réalisées ;
44. Degré de fonctionnalité du système de gestion des données de routine des interventions de PS ;

Indicateurs d'impact

45. Proportion de décès liés aux accidents de la voie publique
46. Taux de mortalité infanto-juvénile
47. Taux de mortalité maternelle
48. Taux de mortalité générale

VIII. FINANCEMENT

8.1 Modalités de financement

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action de promotion de la santé, le financement du plan sera assuré par le budget de l'Etat avec l'appui des partenaires bilatéraux et multilatéraux. Les communautés, les ONGs et les collectivités territoriales seront également mises à contribution pour couvrir les dépenses liées à la mise en œuvre du plan.

Les financements se feront en espèces et dans certains cas en nature pour ce qui concerne certaines acquisitions nécessaires à la santé et au bien-être des populations.

8.2 Etat actuel des financements

Au stade actuel, les ressources financières pour la mise en œuvre du plan ne sont pas encore disponibles. La création d'une ligne budgétaire sera une priorité pour le financement de ce plan. Une table ronde devant réunir l'ensemble des partenaires techniques et financiers et les départements ministériels concernés est prévue et devrait permettre une mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des activités planifiées.

8.3 Budget prévisionnel

Le budget prévisionnel du plan s'élève à quatre-vingt-seize milliards vingt neuf millions cinq cent dix mille cent quatre **(96 029 510 104)** francs CFA.

8.4 Stratégies de mobilisation des ressources additionnelles

Afin de disposer des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan, il sera entrepris des actions de plaidoyer à tous les niveaux (central, régional et communal). De plus, le plan sera mis en ligne dans la perspective de sa diffusion et d'attirer d'éventuels partenaires.