

Optimisation des soins de santé primaires au Burkina Faso : une approche éclairée par l'outil EQUIST

Ermel A. K. Johnson, Moumini Niaoné, Aristide Romaric Bado, Youl Yeri Traore, Issiaka Sombié

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2023/4 Vol. 35 , PAGES 435 À 448
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.234.0435

Date de mise en ligne : 11/12/2023

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2023-4-page-435?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Optimisation des soins de santé primaires au Burkina Faso : une approche éclairée par l’outil EQUIST

Optimizing primary health care in Burkina Faso: an approach informed by EQUIST

Ermel A. K. Johnson^{1,2*}, Moumini Niaoné^{3,4}, Aristide Romaric Bado^{5,6}, Youl Yeri Traore⁴, Issiaka Sombié^{6,7}

➔ Résumé

Introduction : Le Burkina Faso a fait de l'accès aux soins de santé primaires (SSP) une priorité nationale en l'inscrivant dans le plan national de développement sanitaire 2021-2030.

But de l'étude : Notre étude visait à analyser les causes des inégalités d'accès aux SSP, les interventions prioritaires et les stratégies pour leur renforcement ainsi que leurs impacts potentiels sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Résultats : Les maladies diarrhéiques, le paludisme et la pneumonie constituent les principales causes d'inégalités de décès infanto-juvénile en milieu rural. Quant aux décès maternels, l'avortement et ses complications étaient les principales causes d'inégalités des décès, associées aux troubles hypertensives. Les régions du Sahel, Boucle du Mouhoun, Centre-Nord, Est et les Cascades sont les zones géographiques où les interventions sont indispensables pour réduire les inégalités de décès maternels, néonataux, infanto-juvéniles et la malnutrition.

Conclusion : Les priorités nationales ont pris en compte l'ensemble des interventions à haut impact de renforcement des SSP identifiées dans notre étude. La mise en œuvre des interventions doit prioriser les populations des milieux ruraux, les régions géographiques les plus affectés et ayant un haut impact. Ceci passe par l'implication et l'autonomisation des communautés bénéficiaires et la prise en compte du contexte de fragilité sécuritaire.

Mots-clés : Soins de santé primaires ; Priorités ; Renforcement ; Inégalités ; Burkina Faso.

➔ Abstract

Introduction: Burkina Faso has made access to primary health care a national priority by including it in the 2021-2030 national health development plan.

Purpose of research: Our study aimed to analyze the causes of inequalities in access to primary health care, priority interventions and strategies for strengthening primary health care, and their potential impact on reducing maternal and infant mortality.

Results: Diarrheal diseases, malaria, and pneumonia are the main causes of inequalities in infant and child deaths in rural areas. As for maternal deaths, abortion and its complications are the main causes of inequalities in deaths associated with hypertensive disorders. The Sahel, Boucle du Mouhoun, Center-North, East, and Cascades regions are the geographical areas where interventions are essential to reduce inequalities in maternal, neonatal, infant and child deaths and malnutrition.

Conclusions: The national priorities have included all the high-impact interventions for strengthening primary health care identified in our study. Interventions must prioritize the populations in rural areas, the most affected and high-impact geographical regions. This requires the involvement and empowerment of beneficiary communities and the consideration of the fragile safety context.

Keywords: Primary health care; Priorities; Strengthening; Burkina Faso.

¹ African Institute for Health Policy and Health Systems, Ebonyi State University, Abakaliki - Ebonyi State - Nigeria.

² École Nationale des Techniciens en Surveillance Epidémiologique (ENATSE), Université de Parakou - République du Bénin.

³ Pull For Progress - Ouagadougou - Burkina Faso.

⁴ Agence de Gestion des Soins de Santé Primaire (AGSP), Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique - Ouagadougou - Burkina Faso.

⁵ Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS) - Ouagadougou - Burkina Faso.

⁶ West African Health Organisation (WAHO) - Bobo Dioulasso - Burkina Faso.

⁷ Institut National des Sciences de la Santé (INSSA), Université Nazi Boni - Bobo Dioulasso - Burkina Faso.

Introduction

Le renforcement des soins de santé primaires (SSP) constitue la stratégie principale du gouvernement du Burkina Faso pour l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et des Objectifs de Développement Durable (ODD).

La conférence internationale d'Alma Ata a défini les soins de santé primaires (SSP) comme : « *...des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination...* » [1]. La nouvelle vision de mise en œuvre des SSP centrée sur la personne distingue trois approches d'interventions, à savoir : i) les politiques et actions multisectorielles, ii) les personnes et communautés autonomes, et iii) les services de santé intégrés avec une emphase sur les soins primaires et les fonctions essentielles de santé publique [2]. Cette nouvelle vision de SSP cadre bien avec le message du Docteur Halfdan Mahler, Directeur Général de l'OMS qui affirmait en 1978 : « *Les soins de santé primaires (SSP) commencent avec les gens et leurs problèmes de santé* » [3]. Mahler affirmait qu'un système de santé basé sur les SSP ne peut exister sans hôpital pour la continuité des soins nécessitant des techniques qui ne peuvent être réalisées adéquatement au niveau de la première ligne [4]. Les SSP regroupent trois composantes interdépendantes et complémentaires : i) offrir des services de santé complets et intégrés, dont les soins primaires, ainsi que les biens et les fonctions de santé publique, qui constituent les éléments centraux ; ii) appliquer des politiques et des mesures dans plusieurs secteurs pour tenir compte des déterminants de la santé plus larges et, en amont, iii) impliquer les individus, les familles et les collectivités et leur donner les moyens de participer davantage au niveau social ainsi que de s'auto-administrer des soins et d'être plus autonomes en matière de santé [5]. L'ultime niveau du renforcement et de performance des SSP est l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle.

Les différents cadres et agendas internationaux ont promu le rapprochement des soins aux populations et aux communautés à travers les SSP [6, 7]. Plus de quarante ans après la déclaration d'Alma-Ata, les populations des pays d'Afrique au Sud du Sahara peinent encore à accéder à des

soins de santé de qualité, à un coût abordable et près de leur milieu de vie. En effet, les populations des milieux ruraux et périurbains présentent les indicateurs de morbidité et de mortalité les plus élevées [8, 9]. L'accès aux SSP est tant influencé par l'offre de soins que par la demande. Les facteurs liés à l'offre dépendent de la volonté politique, de l'organisation et du fonctionnement du système de santé des pays et influencent énormément la demande. Cette dernière est également influencée par les comportements des populations liés aux valeurs culturelles, les connaissances et croyances endogènes [10].

Le Burkina Faso a fait de l'accès aux soins de santé primaires une priorité nationale, en l'inscrivant dans le plan national de développement économique et social 2021-2025 (PNDES-II) [11], conformément aux engagements des pays lors de la réunion de Haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle tenue en 2019 [12]. Bien qu'il existe des documents stratégiques pour la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent en de plus la nutrition (SRMNIAN) et de la santé communautaire prenant en compte certains aspects des soins de santé primaires, il n'existe pas de stratégies spécifiques pour assurer le renforcement des SSP en vue d'assurer un accès équitable à des soins de santé de qualité à tous et partout, surtout dans un contexte national qui a souffert de la crise sanitaire liée au COVID-19 et de la crise sécuritaire. À partir de 2015, le Burkina Faso a été en proie à des actes terroristes qui ont engendré un climat d'insécurité dans les zones du Sahel, de l'Est, du Nord et de la Boucle du Mouhoun. Selon le rapport du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) du Burkina Faso du 30 avril 2023, 2,1 millions de personnes sont déplacées internes et trente-six mille réfugiées. Sur le plan sanitaire, ce sont 345 formations sanitaires qui sont fermées impactant ainsi l'accès aux soins de 3,4 millions de personnes. Sur le plan alimentaire, 2,2 millions de personnes sont en insécurité alimentaire, avec 10 000 nouveaux cas de malnutrition aiguë sévères entre janvier et mars 2023 [13]. Cette situation sécuritaire préoccupante constitue un véritable frein à l'offre et l'accès de soins, soit du fait de l'impact sur le système de santé soit de ses corollaires humanitaires sur les populations. Il est donc indispensable de prendre en compte le facteur sécuritaire dans l'identification, la planification et la mise en œuvre des interventions visant à renforcer les SSP.

De ce fait, il importe d'identifier les orientations stratégiques et interventions à haut impact complémentaires à ceux de la santé communautaire et de la SRMNIAN, pour servir de données factuelles pouvant orienter les décisions politiques et les planifications programmatiques. Ainsi,

notre étude visait à analyser les facteurs, et les interventions prioritaires et les stratégies dans le but de proposer des interventions efficaces pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile au Burkina Faso.

Matériels et méthodes

Cadre et portée de l'étude

Le Burkina Faso (Figure 1) est un pays d'Afrique de l'Ouest de 20 487 979 habitants selon le cinquième recensement général de la population et de l'habitation (5^e RGPH). Il est composé de 48,3 % d'hommes et de 51,7 % de femmes, dont 73,7 % vivent en milieu rural [14]. Le taux d'accroissement de la population était estimé à 2,9 % en 2020. L'espérance de vie à la naissance était de 61,6 ans pour les

femmes et de 60,1 ans pour les hommes [14]. Le taux de mortalité maternel était de 341 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 et de 222,9 pour 100 000 naissances en 2019, selon le 5^e recensement général de la population et de l'habitation (RGPH 5). De même, entre 2010 et 2015, le taux de mortalité néonatale est passé de 28 ‰ à 23 ‰, et le taux de mortalité infantile est passé de 65 ‰ à 43 ‰ [15]. Malgré ces baisses, ces taux de mortalité, néonatale et infantile du Burkina Faso, restent parmi les plus élevés au monde.

Le pays est subdivisé en 13 régions administratives. En matière de développement, l'indice de développement humain (IDH) du Burkina Faso était de 0,449 point en 2021, ce qui le place à la 184^e sur 191 pays [15]. Plus de 36,2 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté avec des disparités entre milieu urbain (13,1 %) et milieu rural (51,1 %) [16]. Les femmes et les enfants sont les plus vulnérables face à la pauvreté du fait de leur accès limité aux facteurs de production et aux ressources.

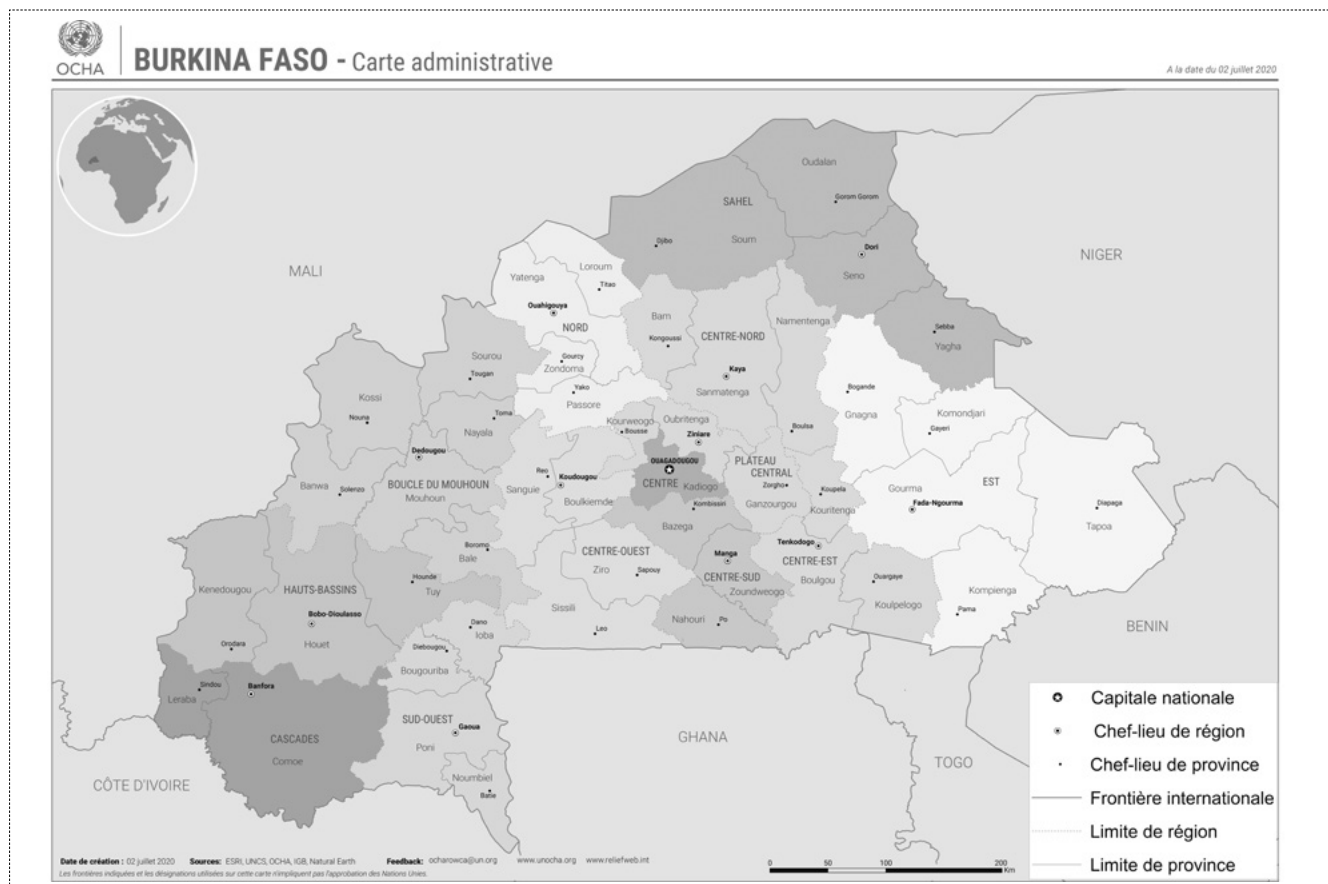


Figure 1 : Carte administrative montrant les régions du Burkina Faso.

Design de l'étude

Pour cette étude, nous avons fait d'abord une analyse documentaire des documents de politiques disponibles du Burkina Faso sur la santé de la mère et de l'enfant et, dans un second temps, nous avons utilisé la plateforme EQUIST pour l'analyse des interventions prioritaires dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. EQUIST a été développé en utilisant des données spécifiques à chaque pays. Les principales sources de données de l'outil sont les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les estimations des taux et des causes de mortalité, élaborées par le groupe de référence sur la santé de l'enfant et le groupe interinstitutionnel pour l'estimation de la mortalité infantile. Le choix de l'outil EQUIST se justifie par son orientation sur les programmes de SSP des pays à revenu faible pour l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Elle permet d'identifier les priorités en matière de populations, de maladies et d'interventions et établit une estimation des impacts et de la rentabilité des interventions selon le scénario défini [17, 18].

Sélection des indicateurs de soins de santé primaires

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé les indicateurs en lien avec les SSP du plan national de Développement Sanitaire 2021-2030 (PNDS) et le Dossier d'Investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent-jeune, de la nutrition et de l'état civil et statistiques vitales (DI-SRMNEAN-ECSV) ainsi que le plan stratégique de santé communautaire et son dossier d'investissement. Les indicateurs d'amélioration des SSP identifiées concernent les indicateurs d'accès aux SSP (accès à une source d'eau potable, la pratique de l'hygiène, la consultation prénatale, l'utilisation de service de planning familiale) ; les indicateurs de performance (pourcentage d'accouchement par un personnel qualifié, taux de malnutrition chronique aigüe) ; les indicateurs d'impacts (ratio de mortalité maternelle, ratio de mortalité infantile, ratio de mortalité infantile et juvénile).

Analyse situationnelle avec EQUIST

La méthode d'analyse utilisée est descriptive avec des fréquences simples. L'analyse a concerné les variables de la santé et la nutrition (épidémiologie) et la population

(démographie) ainsi que différentes variables permettant d'évaluer les inégalités (géographie, quintile de richesse et lieu de résidence rural ou urbain). Pour notre étude, nous avons pris en compte les variables suivantes : le taux de mortalité maternelle, le taux de mortalité néonatale, le taux de mortalité infanto-juvénile, le taux de malnutrition, la part des consultations prénatales comprenant au moins quatre visites (CPN 4+), la proportion d'utilisation de méthodes contraceptives modernes, le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, ainsi que le taux d'accès à une source d'eau courante..

Considérations éthiques

Notre étude a utilisé les données secondaires publiques disponibles sur la plateforme EQUIST. Dans cette étude, une approbation éthique supplémentaire n'a pas été requise.

Résultats

Résultats de l'analyse documentaire

Priorités de soins de santé primaires du Burkina Faso

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2022-2030 du Burkina Faso vise « *un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible performant et résilient à l'horizon 2027* »¹. Pour sa mise en œuvre, un plan quinquennal 2021-2025 a été développé à travers cinq orientations stratégiques. Sur les trente-deux axes d'interventions du plan quinquennal, quinze interventions concernent essentiellement ou partiellement les SSP. Les interventions de SSP se répartissent dans l'ensemble des cinq orientations stratégiques. Des axes interventions spécifiques ont été dédiés aux groupes spécifiques comme les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (Pv VIH), les groupes vulnérables et spécifiques. Le renforcement des ressources humaines de qualité constitue un axe d'intervention prioritaire dans ce plan. Certaines maladies ont fait l'objet

¹ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030. Juillet 2022. Ouagadougou. Burkina Faso.

d'actions prioritaires, notamment le paludisme, les maladies tropicales négligées, le VIH/SIDA, les maladies chroniques (cardiovasculaires, le diabète, la drépanocytose, les cancers) et les maladies épidémiques. On note également la présence de thématiques comme la santé de la reproduction, y compris le planning familial, les violences basées sur le genre dans les axes d'interventions. De même, les zones à défis sécuritaires et le milieu rural ont été mentionnés

dans les axes d'interventions. Ces axes précédemment cités constituent ceux en lien avec les SSP dans le PNDS.

Statut des soins de santé primaires

Le tableau I résume les disparités dans les niveaux des indicateurs en fonction des régions et du milieu de résidence. Le niveau des indicateurs de SSP varie selon les régions et le

Tableau I : inégalités des indicateurs selon les régions et le milieu de vie

Indicateurs	Inégalités selon les régions				Inégalités selon le milieu de résidence		
	Régions défavorisées	Moyenne nationale	Régions favorisées	Écart (indicateur régional faible et indicateur régional forte)	Urbain	Rural	Écart (Urbain, Rural)
Mortalité néonatale, infantile et juvénile (taux en pour 1 000)	Sahel, Haut Bassins, boucle du Mouhoun, Sud-Ouest, Est	Cascades, Centre-Nord et Centre-Sud	Centre-Ouest, Nord, Centre-Est, Plateau Central et Centre (à l'exclusion de Ouagadougou)	100 (146 ; 46)	57	97	40
Proportion d'enfant ayant eu une maladie diarrhéiques il y a deux semaines (%)	Sahel, Centre-Sud, Est, Centre (à l'exclusion de Ouagadougou)	Centre-Ouest, Haut-Bassins, Centre-Nord, Boucle du Mouhoun	Nord, Sud-Ouest, Plateau central, Centre-Est, Cascades	14 (17 ;3)	13	12	1
Décès liés au Paludisme (1 000 naissances vivantes)	Sahel, Haut-Bassins, Sud-Ouest, Boucle du Mouhoun, Est, Cascades, Centre-Nord, Centre-Sud	Centre-Ouest	Nord, Centre-Est, Plateau Central, Centre	20 (31 ;10)	12	21	9
Malnutrition (%)	Sahel, Cascades, Est, Sud-Ouest	Nord, Centre-Est, Centre-Nord, Centre-Ouest, Plateau Central	Boucle du Mouhoun, Centre-Sud, Haut Bassin et le Centre	36 (49 ; 13)	30	30	0
Utilisation des services de santé (% CPN 4+)	Sud-Ouest, Centre, Centre-Est, Centre-Nord, Plateau Central	Hauts-Bassins, Boucle du Mouhoun et Est	Sahel, Nord, Cascades et Centre-Sud	33 (67 ; 33)	40	49	9
Accouchement réalisé par personnel qualifié (% de naissance vivantes)	Centre-Nord, Centre-Ouest, Est, Sahel	Boucle du Mouhoun, Cascades	Centre-Sud, Centre, Plateau Central, Nord, Sud-ouest, Haut-Bassins , Centre-Est	47 (98 ;51)	95	77	18
Immunisation (% fully vaccinated)	Haut Bassins, Centre-Nord, Sahel	Centre-Sud, Centre-Ouest, Est	Sud-Ouest, Centre-Est, Plateau Central, Cascades, Nord, Centre, Boucle du Mouhoun	39 (96 ;57)	89	83	6

milieu de vie (rural ou urbain). On observe un écart important entre la région ayant le niveau le plus bas (Sahel) et la région ayant le niveau le plus élevé (Centre) pour la mortalité néonatale, infantile et juvénile (100 points d'écart). De même, les écarts les plus importants du niveau des indicateurs selon le milieu de résidence sont observés au niveau de la mortalité néonatale, infanto-juvénile et le pourcentage d'accouchements réalisés par un personnel qualifié.

Résultats de l'analyse situationnelle

L'analyse de la situation a essentiellement porté sur les indicateurs d'accès, de performance, d'effet et d'impact de la santé.

Mortalité néonatale, infantile et juvénile

La mortalité infantile est plus importante en milieu rural (97 ‰ naissances vivantes) et est au-dessus de la moyenne nationale, tandis qu'elle est largement en deçà de la moyenne nationale (82 ‰ naissances vivantes) en milieu urbain (57 ‰ naissances vivantes) (Figure 2). La mortalité infantile est au-dessus de la moyenne nationale dans 5 régions (Sahel, Haut Bassins, boucle du Mouhoun, Sud-Ouest, Est), autour de la moyenne nationale dans 3 régions (Cascades, Centre-Nord et Centre-Sud) et en dessous de la moyenne nationale dans 5 régions (Centre-Ouest, Nord, Centre-Est, Plateau Central et Centre).

Dans toutes les régions du Burkina Faso, les maladies néonatales, le paludisme, les autres causes, la pneumonie et les maladies diarrhéiques sont les principales causes de décès infantiles (moins de 5 ans) tant en milieu urbain que rural. La prématurité, les asphyxie et les infections sont les principales causes de décès néonataux. Les maladies diarrhéiques (5,98 ‰ en milieu rural contre 1,71 ‰ en milieu urbain), le paludisme (5,53 ‰ en milieu rural contre 2,71 ‰ en milieu urbain) et la pneumonie (2,45 ‰ en milieu rural contre 0,07 ‰ en milieu urbain) sont les principales causes d'inégalité contribuant au décès des enfants de moins de cinq ans.

Malnutrition

La malnutrition aigüe, modérée à sévère est de 30 ‰ au niveau national. Elle est au-dessus de la moyenne nationale dans 4 régions (Sahel, Cascades, Est, Sud-Ouest), autour de la moyenne nationale dans 5 régions (Nord, Centre-Est, Centre-Nord, Centre-Ouest, Plateau Central) et inférieure à la moyenne nationale dans 4 régions (Boucle du Mouhoun, Centre-Sud, Haut Bassin et le Centre). L'analyse des inégalités montre que l'absence de source d'eau potable, l'absence de l'hygiène des mains, le manque d'assainissement et le manque de supplémentation en zinc sont, par ordre d'importance, des causes de retard de croissance supplémentaires des enfants de moins de cinq ans du milieu rural comparé aux enfants du milieu urbain.

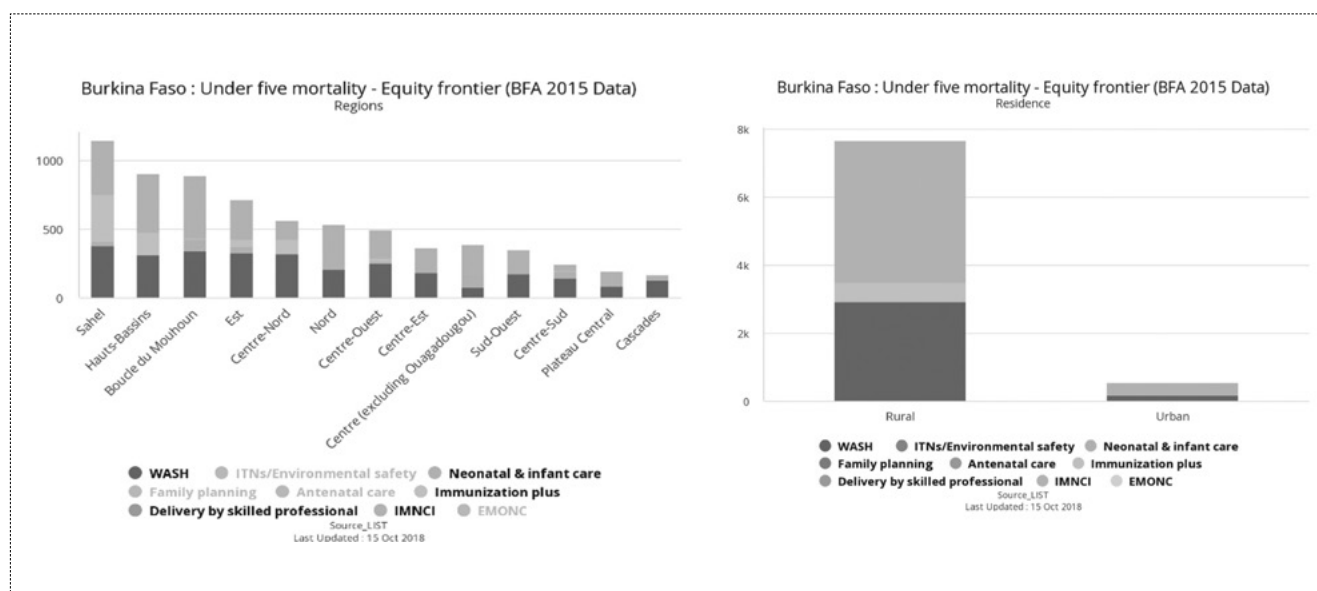


Figure 2 : Répartition des causes d'inégalités de décès infantiles par région et par milieu de résidence.

Mortalité maternelle

Les cinq principales causes de décès maternels au Burkina Faso sont : les causes indirectes, l'hémorragie du post-partum, les troubles hypertensifs, les sepsis et les conséquences de l'avortement (Figure 3). L'avortement et ses complications constituent la principale cause d'inégalité des décès maternels, selon le milieu de résidence, et contribuent à 14,5 % des décès maternels en milieu rural par rapport au milieu urbain. Une analyse géographique permet de noter que l'avortement et ses complications étaient les principales causes d'inégalité des décès maternels dans huit régions (Centre-Sud, Boucle du Mouhoun, Nord, Sud-Ouest, Centre-Ouest et Haut-Bassins) ; associés aux troubles hypertensifs dans le sahel, le Centre-Nord, l'Est et le Plateau Central. La région des cascades ne présentait aucune cause d'inégalité de décès maternels. Le niveau d'instruction des femmes constituait une cause d'inégalité des décès contribuant à 13,64 % des décès en plus chez les femmes non instruites.

Utilisation des services de santé : CPN 4+ et planification familiale

Au niveau national, 47 % des femmes avaient réalisé au moins 4 CPN, dont 49 % en milieu rural et 40 % en milieu urbain. Quatre régions (Sahel, Nord, Cascades et Centre-Sud) avaient un niveau supérieur à la moyenne nationale,

4 régions (Hauts-Bassins, Boucle du Mouhoun et Est) autour de la moyenne nationale et 5 régions (Sud-Ouest, Centre, Centre-Est, Centre-Nord, Plateau Central) en dessous de la moyenne nationale.

Au niveau national, 52 % des femmes mariées ou en union utilisaient une méthode contraceptive moderne. Le Sahel et le Centre-Nord étaient les régions où les plus faibles proportions des taux d'utilisation de méthodes contraceptives étaient notées. On notait aussi que moins de 50 % des femmes utilisaient une méthode contraceptive ou ont été en contact avec un programme de planning familial.

Accès à une source d'eau potable et pratique de l'hygiène

L'accès à une source d'eau potable était de 78 % en milieu urbain tandis qu'en milieu rural, il n'est que de 16 %. Onze des treize régions du Burkina Faso avaient moins de 50 % d'accès à une source d'eau potable. Dans les régions de l'Est, du Sahel, du Centre-Nord et du Centre-Est, l'accès à une source d'eau potable était inférieur à 20 %. La pratique de l'hygiène des mains lors des soins aux enfants était réalisée par moins de 30 % des femmes dans 7 régions (Est, Sahel, Centre-Nord, Centre-Ouest, Centre-Est, Sud-Ouest et Centre-Sud), moins de 50 % dans 4 régions (Nord, Boucle du Mouhoun, Cascades et Plateau Central) et plus des 50 % dans les régions du Centre et des Haut Bassins.

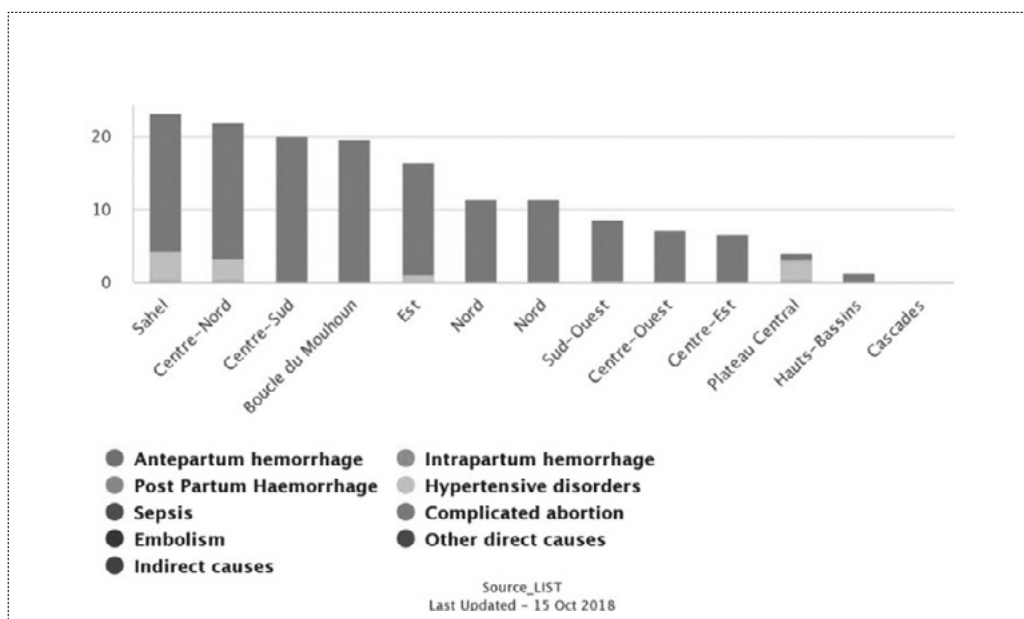


Figure 3 : Répartition des causes d'inégalité de décès maternels par régions.

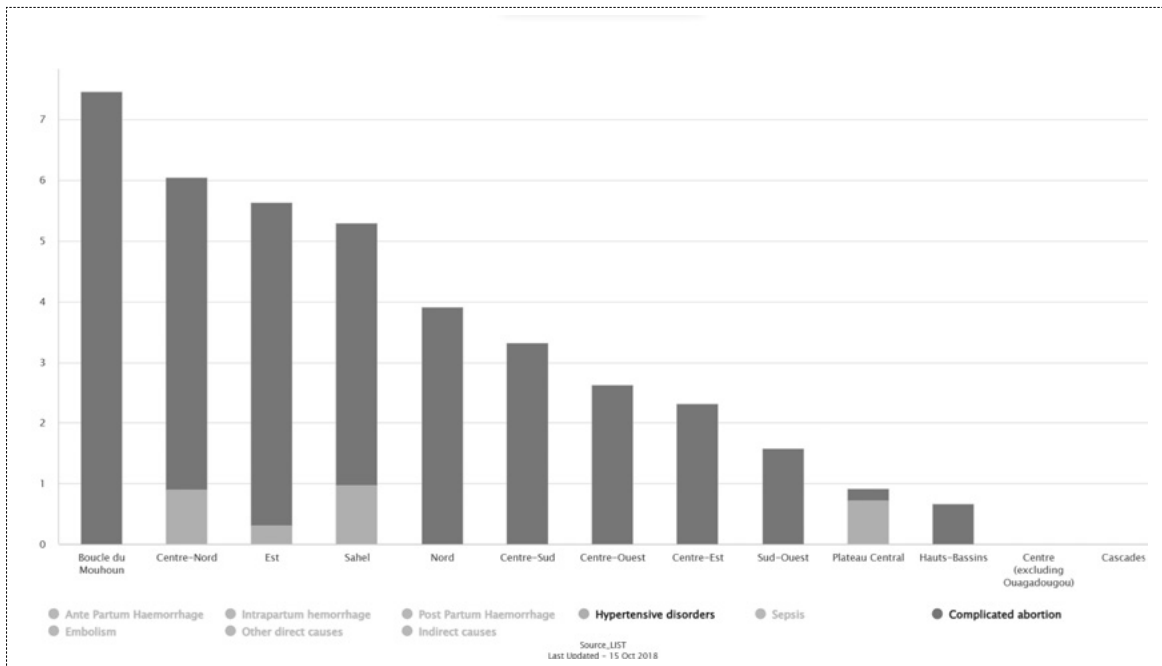


Figure 5 : Répartition des interventions prioritaires de réduction d'inégalité des décès maternels par région.

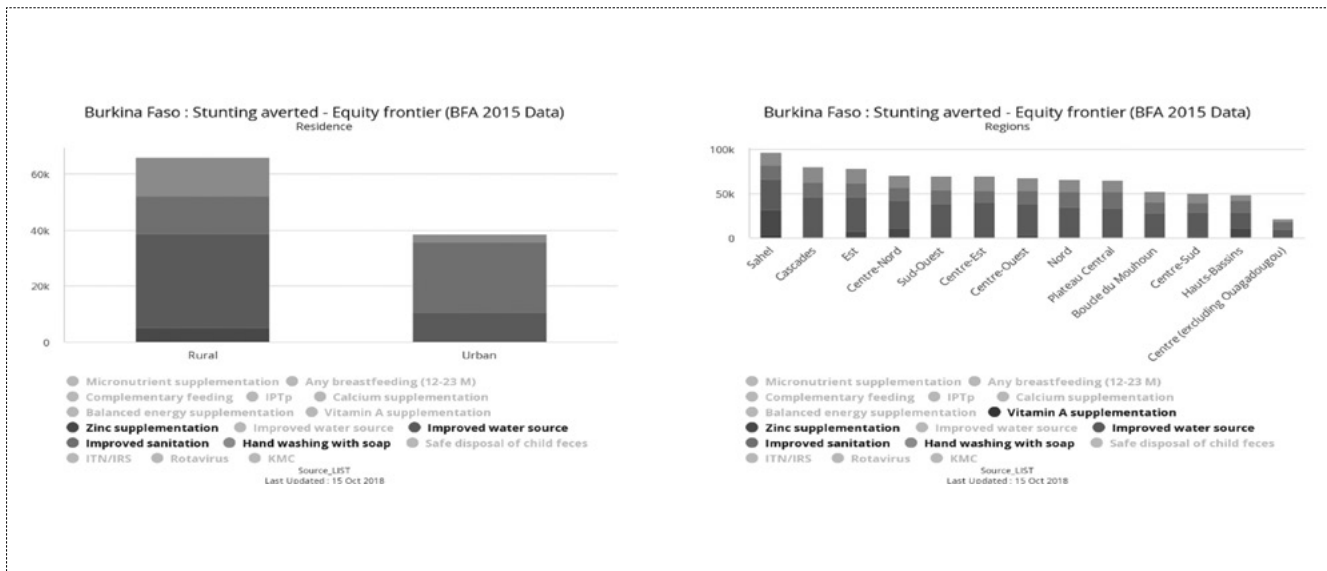


Figure 6 : Répartition des interventions prioritaires de réduction d'inégalité malnutrition infantile par milieu de résidence et par région.

interventions identifiées qui permettraient d'éviter 42 069 cas de malnutrition. On note également que la mise en œuvre des interventions permettra d'éviter moins de 50 000 cas de malnutrition dans la région du Centre, environ 50 000 cas de malnutrition dans trois régions (Boucle du Mouhoun, Centre -Sud et Haut-Bassins) et plus de 50 000 cas de malnutrition dans neuf régions (Sahel,

Cascades, Est, Centre-Nord, Sud-Ouest, Centre-Est, Centre-Ouest, Nord et Plateau Central). L'ajout de la supplémentation en Vitamine A est indiqué dans sept régions (Sahel, Est, Centre-Nord, Centre-Ouest, Boucle du Mouhoun, Centre-Sud et Haut-Bassins) (Figure 6).

L'analyse de l'impact des interventions pour l'amélioration des SSP permet de regrouper les régions du Burkina Faso en

Tableau II : Répartition des régions par niveau d'impact des interventions prioritaires de réduction d'inégalités

Cibles	Interventions à haut impact	Régions à haut impacts	Régions à moyens impact	Interventions à haut impact
Décès néonataux, infanto juvéniles	WASH Soins néonataux et infantiles PCIME Vaccination	Sahel	Hauts-Bassins, Boucles du Mouhoun, Est, Centre-Nord, Nord	Centre-Ouest, Centre-Est, Centre, Sud-Ouest, Centre-Sud, Plateau Central Cascades
Mortalité maternelle	Gestion des complications des avortements, Troubles hypertensifs	Boucle du Mouhoun, Centre-Nord, Est, Sahel	Nord, Centre-Sud, Centre-Ouest Centre-Est, Sud-Ouest	Plateau Central, Haut-Bassins, Centre, Cascades
Malnutrition	Amélioration de l'hygiène des mains, assainissement, approvisionnement en source d'eau potable, complémentation zinc	Sahel, Cascades, Est	Centre-Nord, Sud-Ouest, Centre-Est, Centre-Ouest, nord, Plateau Central, Boucle du Mouhoun	Centre-Sud, Haut-Bassins, Centre

trois groupes présentés dans le tableau 2. La région du Sahel est identifiée comme la région prioritaire pour la mise en œuvre des interventions visant à réduire les décès néonataux, infanto-juvéniles, les décès maternels et la malnutrition. En effet, la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence permettraient de prévenir plus de 50 % des décès infantiles. L'amélioration de l'hygiène des mains, l'assainissement, l'approvisionnement en source d'eau potables sont les interventions identifiées pour réduire plus de 50 % des cas de malnutrition. Les régions de la Boucle du Mouhoun, le Centre-Nord et l'Est ont été également identifiées comme régions à haut impact de réduction de la mortalité maternelle, à travers la mise en œuvre des interventions à haut impact de soins obstétricaux d'urgence, principalement l'accouchement par un personnel de santé qualifié. L'amélioration de la source d'eau potable a été identifiée comme l'intervention principale dont la mise en œuvre permettrait d'éviter 50 % de cas de malnutrition. De plus, les régions du Sahel et des Cascades ont été identifiées comme les régions prioritaires pour la prévention de la malnutrition par la mise en œuvre des interventions identifiées.

Discussion

Les résultats de notre analyse avec l'outil EQUIST ont permis d'identifier les causes d'inégalités des décès maternels, néonatal et infantiles et d'utilisation des services de santé de même que les interventions prioritaires à mettre en œuvre pour le renforcement des SSP au Burkina Faso. Nous avons comparé ces résultats aux priorités du ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique dans son plan

national de développement sanitaire 2021-2030 [20], ainsi qu'à la littérature scientifique.

Prévention des inégalités de décès maternels et infantiles

Les indicateurs de mortalité maternelle, néonatale et infantile ont connu une baisse de 2015 à 2021. En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé de 330 à 222,9 décès pour cent mille naissances vivantes [14, 21]. De même, le taux de mortalité néonatale est passé de 28 à 18 décès pour mille naissances vivantes [21, 22]. Le taux de mortalité infantile est passé de 65 à 30 décès pour mille naissances vivantes [20, 21]. Quant aux taux de mortalité juvénile, il est passé de 129 à 48 décès pour mille naissances vivantes [21, 22].

Les résultats de notre étude montrent que les maladies néonatales, le paludisme, les autres causes, la pneumonie et les maladies diarrhéiques sont les principales causes de décès infantiles (moins de 5 ans), tant en milieu urbain que rural. Les principales interventions à réaliser sont la mise en œuvre de la PCIME et les SONU. Les régions prioritaires identifiées correspondent aux régions ayant les taux de mortalité les plus élevées, le Sahel, les Haut-Bassins, la Boucle du Mouhoun, le Sud-Ouest et l'Est. Selon des études réalisées de 2014 à 2017, la vie en milieu rural, la distance des lieux d'habitations au centre de santé, les facteurs liés à la mère, les conditions de vie du ménage et les conditions de naissances ont été identifiés comme des facteurs prédictifs des décès néonataux dans plusieurs études réalisées au Burkina Faso [23-29]. Pareillement, les caractéristiques de la femme, les conditions de vie du ménage, le milieu de vie rural, le système de référence, le postpartum ont été identifiés comme des facteurs associés à la survenue de

décès maternels [30, 31]. Les différentes causes d'inégalité constituent des facteurs d'aggravation des décès maternels et néonataux. Ainsi, la législation en vigueur, la perception culturelle de l'avortement ainsi que les enseignements religieux contribueraient à entretenir les inégalités. Ces facteurs identifiés par la littérature peuvent constituer des freins à la mise en œuvre des interventions à haut impact identifiées par notre étude, à savoir la prise en charge des complications d'avortement. De même, le faible accès à l'eau potable (67,3 % en milieu rural en 2018) [31, 32], le manque d'assainissement (15,1 % en milieu rural en 2017) [21, 33], notamment en milieu rural, contribuent à la survenue des causes d'inégalité des décès néonataux et infantiles, à savoir les maladies diarrhéiques et le paludisme. De plus, l'inaccessibilité et l'indisponibilité des services de santé due à l'insécurité dans certaines régions du pays (Sahel et Est) vont également contribuer à aggraver les inégalités observées.

Interventions prioritaires à haut impact

Les interventions identifiées par l'analyse EQUIST pour la réduction de la mortalité néonatale sont essentiellement la PCIME, le WASH, la vaccination, notamment en milieu rural, dont l'impact permettra d'éviter environ 7 601 décès supplémentaires d'enfant de moins de cinq ans. La PCIME, introduite au Burkina Faso en 2003, connaît une faible adhésion du personnel soignant à ses directives, selon une évaluation réalisée en 2012 [34]. L'amélioration du statut nutritionnel des enfants à travers des interventions WASH a été rapporté dans l'étude de *Becuency et al.* [35]. La mise en œuvre effective de ces interventions contribuera à la réduction des causes de décès néonataux et infanto-juvéniles, ainsi que de la malnutrition. Quant à la mortalité maternelle, l'accouchement par un personnel de santé qualifié et les soins anténataux, y compris la planification familiale, ont été identifiés pour éviter les décès supplémentaires. Le renforcement de capacités des agents de santé [36, 37], la complétude des paquets de soins administrés aux femmes en pré, per et post natal contribuent à la qualité des soins [38]. Le retard à la consultation contribue également aux décès maternels et infantiles ; d'où la nécessité d'associer une éducation en santé comme une stratégie associée à toutes les interventions de renforcement de SSP [39].

Bien que déployé sur toute l'étendue du territoire, il importe de renforcer la mise en œuvre des interventions dans les régions prioritaires à haut impact, dans une approche intégrée et multisectorielle, notamment la participation communautaire. Pour la réduction des décès maternels, les interventions doivent être prioritairement mises en œuvre dans la Boucle du Mouhoun, le Centre-Nord, l'Est et le Sahel ;

tandis que le Sahel est la seule région à haut impact pour la réduction des décès infanto-juvéniles. Il est à noter que le contexte sécuritaire actuel au Burkina Faso rend difficile l'accès et l'offre de soins dans certaines parties des régions du Sahel, Nord, Centre Nord, Boucle du Mouhoun, l'Est [40]. En effet, le rapport du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA), du 20 mai 2022, rapportait environ 185 formations sanitaires fermées et 354 fonctionnant à minima [41]. Les régions du Sahel, Nord, Centre-Nord, l'Est et le Boucle du Mouhoun sont les plus affectées par les fermetures et les discontinuités de fonctionnement des formations sanitaires [41]. Ces régions se trouvent être les plus à fort besoin d'interventions et à fort impact d'intervention. La spécificité des zones à défis sécuritaires sont prises en compte dans la plupart des axes d'interventions et actions prioritaires du PNDS, sans préciser nommément les régions identifiées par l'outil EQUIST. La mise en œuvre des interventions dans ces régions va nécessiter une autonomisation des communautés et des familles [42] pour la prise en charge de leur santé avec des appuis et l'accompagnement des acteurs de santé, le développement des approches communautaires des fonctions d'offres de soins à travers les acteurs et initiatives communautaires. La littérature rapporte des interventions ayant servi de facilitateurs pour la continuité des soins de santé dans les zones en conflit, qui doivent être adaptées au contexte pour assurer l'acceptabilité et l'adoption [43-45]. La collaboration multisectorielle des acteurs intervenant dans la zone et les acteurs hors santé, y compris les organisations non gouvernementales [46, 47], la motivation des agents de santé [48] et l'implication des agents de santé communautaire à travers la délégation de tâches [49], l'utilisation des réfugiés pour les activités de mobilisation sociale, l'autonomisation à travers les scènes de théâtre et l'utilisation de cliniques mobiles sont, entre autres, les stratégies promues dans les zones à défis sécuritaires [50].

Alignement avec les priorités nationales de soins de santé primaires

La confrontation des interventions prioritaires identifiées par l'analyse de l'outil EQUIST aux priorités nationales contenues dans le PNDS ont permis de confirmer la pertinence des interventions pour le renforcement des SSP. Le développement des ressources humaines pour la santé constitue l'objectif stratégique 2 du PNDS, dont les axes d'interventions et actions prioritaires permettront

- transforming vision into action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. 106 p. (Technical series on primary health care). Accessed at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337641>.
3. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Soc Sci Med*. 1986;22(10):1001-13. doi: 10.1016/0277-9536(86)90200-5. PMID: 3526564.
 4. Crismer A, Belche JL, Vennet JLV der. Primary healthcare is more than just first-line healthcare. *Sante Publique*. 12 août 2016;28(3):3759. Accessed at: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-375.htm>.
 5. WHO. Soins de santé primaires. Cited on: July 2022. Accessed at: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
 6. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. World Health Organization. Regional Office for Europe; 1978.
 7. Garner P. The Bamako initiative. *BMJ*. 29 July 1989;299(6694):2778. Accessed at: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.299.6694.277>.
 8. Falchetta G, Hammad AT, Shayegh S. Planning universal accessibility to public health care in sub-Saharan Africa. *Proc Natl Acad Sci USA*. 15 déc 2020 [cité 22 avr 2022];117(50):317609. Accessed at: <https://pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.2009172117>.
 9. Rose J, Weiser TG, Hider P, Wilson L, Gruen RL, Bickler SW. Estimated need for surgery worldwide based on prevalence of diseases: a modelling strategy for the WHO Global Health Estimate. *The Lancet Global Health*. 2015 Apr 27;3:S13-20.
 10. Tanser F, Gijsbertsen B, Herbst K. Modelling and understanding primary health care accessibility and utilization in rural South Africa: An exploration using a geographical information system. *Social Science & Medicine*. August 2006; 63(3):691705. Accessed at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953606000372>.
 11. Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement (MINEFID). Programme National de Développement Economique et Social 2021-2025 (PNDES-II). 2021. Accessed on 6 June 2022. Available at: <https://www.pndes2025.bf/en/documentation/>.
 12. OMS. Soins de santé primaires. [cité 12 août 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
 13. OCHA Burkina Faso : aperçu de la situation humanitaire. 2023 [cité 20 juin 2023]. Disponible sur : <https://reliefweb.int/report/burkina-faso/burkina-faso-aperçu-de-la-situation-humanitaire-au-30-avril-2023>.
 14. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso (5^e RGPH) : Synthèse des résultats définitifs. Ouagadougou : INSD ; June 2022. Cited Aug 2022. 136 p. Available on: http://www.insd.bf/contenu/documents_rgph5/Rapport%20resultats%20definitifs%20RGPH%202019.pdf.
 15. UNData. Popular statistical tables, country (area) and regional profiles. Accessible at <http://data.un.org> . Accessed on 25 April 2022.
 16. Country Economy. Burkina 2023. 2023 [cité 11 août 2023]. Disponible sur : <https://fr.countryeconomy.com/pays/burkina>
 17. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages de 2018 (EHCVM-2018) : Diagnostic de la pauvreté Profil, Dynamique, Inégalités, Prospérité partagée. Ouagadougou. 107 p.
 18. Outil technique SCORE pour les données sanitaires : outils et normes pour les interventions essentielles SCORE [SCORE for health data technical package: tools and standards for SCORE essential interventions]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 19. Corpuz, K., J. Chitty, and C.B. Cantelmo. 2020. Models and Tools for Maternal Health Decision Making, Planning, and Strategy. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.
 20. Ministère le Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030. Juillet 2022. Ouagadougou. Burkina Faso.
 21. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Rapport Enquête sur le Module Démographie et Santé (EMDS). Ouagadougou : INSD : 2015.
 22. INSD et ICF. 2022 Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2021. Ouagadougou, Burkina Faso et Rockville, Maryland, USA : INSD et ICF. Accessed at: http://www.insd.bf/contenu/enquetes_recensements/eds/Burkina%20Faso%20DHS%20KIR%202021.pdf.
 23. Diallo AH, Meda N, Sommerfelt H, Traore GS, Cousens S, *et al.* for the PROMISE-EBF study group. The high burden of infant deaths in rural Burkina Faso: a prospective community-based cohort study. *BMC Public Health*. déc 2012;12(1):739. Disponible sur : <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-739>
 24. Coulibaly A, Baguiya A, Millogo T, Meda IB, Koueta F, Kouanda S. Predictors of mortality of low birth weight newborns during the neonatal period: A cohort study in two health districts of Burkina Faso. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. nov 2016;135(S1):S8992. Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2016.08.006>
 25. Sarrassat S, Meda N, Badolo H, Ouedraogo M, Somé H, Cousens S. Distance to care, care seeking and child mortality in rural Burkina Faso: findings from a population-based cross-sectional survey. *Trop Med Int Health*. janv 2019;24(1):3142. Accessed at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.13170>.
 26. Kaboré R, Meda IB, Koulidiati JLE, Millogo T, Kouanda S. Factors associated with very early neonatal mortality in Burkina Faso: A matched case-control study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. nov 2016;135(S1): S937. Accessed at: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2016.08.017>.
 27. Millogo T, Ouédraogo GH, Baguiya A, Meda IB, Kouanda S, Sondo B. Factors associated with fresh stillbirths: A hospital-based, matched, case-control study in Burkina Faso. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. nov 2016;135(S1):S98102. Accessed at: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2016.08.012>.
 28. Bado AR, Susuman AS. Determinants of under-5 mortality in Burkina Faso. *Journal of Public Health*. 30 sept 2019;41(3):55060. Accessed at: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/41/3/550/5110543>.
 29. Schoeps A, Souares A, Niamba L, Diboulo E, Kynast-Wolf G, Müller O, *et al.* Childhood mortality and its association with household wealth in rural and semi-urban Burkina Faso. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. oct 2014;108(10):63947. Accessed at: <https://academic.oup.com/trstmh/article-lookup/doi/10.1093/trstmh/tru124>.
 30. Ouédraogo AM, Ouédraogo HG, Baguiya A, Millogo T, Somé A, Kouanda S. A case-control study of risk factors for maternal mortality in Burkina Faso in 2014. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. nov 2016;135(S1): S7983. Accessed at: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2016.08.015>.

31. Akinyemi JO, Chisumpa VH, Odimegwu CO. Household structure, maternal characteristics and childhood mortality in rural sub-Saharan Africa. *Rural Remote Health*. juin 2016;16(2):3737.
32. INSD. Annuaire MEA/DGESS/DGEP, Inventaire national des ouvrages hydrauliques (INO) 2017 et 2018. cited 11 may 2022. Accessed at: <https://burkinafaso.opendataforafrica.org/tmalkke/evolution-du-taux-d-acc%C3%A8s-%C3%A0-l-eau-potable-en-milieu-rural-par-r%C3%A9gion?lang=en>.
33. Nansi J H. Le Burkina Faso face aux défis de l'accès durable pour tous à l'eau potable et à l'assainissement. Novembre 2018. IRC. Consulté le 11 mai 2022. Accessed at: https://fr.ircwash.org/sites/default/files/blog_juste_defis_odd6_burkina.pdf.
34. Kouanda S, Baguieya A. Évaluation de la qualité des soins prodigués aux enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires des régions du Nord et de Centre-Nord du Burkina Faso. Ministère de la Santé ; 2012.
35. Becquey, E., Sombié, I., Touré, M. *et al.* Stories of change in nutrition in Burkina Faso 1992–2018: a micro-level perspective. *Food Sec*. 14, 937–950 (2022). DOI: <https://doi.org/10.1007/s12571-022-01274-z>.
36. Sombié I, Média ZC, Blaise Geswendé Savadogo L, Téléphore Somé D, Fatoumata Bamouni S, Dadjoari M, *et al.* La lutte contre la mortalité maternelle au Burkina Faso est-elle adaptée pour réduire les trois retards ? *Santé Publique*. 12 juin 2018;Vol.30(2):27382.
37. Okawa S, Gyapong M, Leslie H on behalf of Ghana EMBRACE Implementation Research Project Team, *et al.* Effect of continuum-of-care intervention package on improving contacts and quality of maternal and newborn healthcare in Ghana: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2019;9:e025347. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025347.
38. Yeji F, Shibanuma A, Oduro A, Debpuur C, Kikuchi K, Owusu-Agei S, *et al.* Continuum of care in a maternal, newborn and child health program in Ghana: low completion rate and multiple obstacle factors. *Vermund SH, éditeur. PLoS ONE*. 9 déc 2015;10(12):e0142849. Accessed at: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0142849>.
39. Zamané H, Sow HE, Kain DP, Bicaba BW, Kiemtoré S, Yameogo I, Bonané-Thieba B, Sawadogo M. Maternal Mortality at the Dori Regional Hospital in Northern Burkina Faso, 2014-2016. *Int J MCH AIDS*. 2018;7(2):235-241. doi: 10.21106/ijma263. PMID: 30647992; PMCID: PMC6328931.
40. Hagberg S, Kibora LO, Barry S, Cissao Y, Gnessi S, Kaboré A, Koné B, Zongo M. Sécurité par le bas: Perceptions et perspectives citoyennes des défis de sécurité au Burkina Faso. Uppsala University; 2019.
41. OCHA. Rapport de Situation - Burkina Faso. Cited on 2 June 2022. Available at: <https://reports.unocha.org/fr/country/burkina-faso/>.
42. Quality of care in fragile, conflict-affected and vulnerable settings: tools and resources compendium. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
43. Munyuzangabo M, Khalifa DS, Gaffey MF, Kamali M, Siddiqui M J and Meteke S, *et al.* Delivery of sexual and reproductive health interventions in conflict settings: a systematic review. *BMJ Global Health* 2020;5:e002206. doi:10.1136/bmjgh-2019-002206.
44. Shah S, Padhani ZA, Als D, Munyuzangabo M, Gaffey M F and Ahmed W, *et al.* Delivering nutrition interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. *BMJ Global Health* 2021;6:e004897. DOI:10.1136/bmjgh-2020-004897.
45. Munyuzangabo M, Gaffey MF, Khalifa DS, Als D, Ataullahjan, Kamali M. *et al.* Delivering maternal and neonatal health interventions in conflict settings: a systematic review. *BMJ Global Health* 2021;5:e003750. DOI:10.1136/bmjgh-2020-003750.
46. Desie S. Somalia nutrition cluster: integrated famine prevention package. *Field Exchange* 2017:53–5.
47. Bile KM, Hafeez A, Kazi GN, et Southall D. Protecting the right to health of internally displaced mothers and children: the imperative of inter-cluster coordination for translating best practices into effective participatory action. *East Mediterr Health J* 2011; 17:981–9.
48. Tran NT, Harker K, Yameogo WME, Kouanda S, Millogo T, *et al.* Clinical outreach refresher trainings in crisis settings (S-CORT): clinical management of sexual violence survivors and manual vacuum aspiration in Burkina Faso, Nepal, and South Sudan. *Reprod Health Matters* 2017;25:103–13.
49. Daniel T, Mekki T, Garelnabi H. Scaling up CMAM in protracted emergencies and low resource settings: experiences from Sudan. *Field Exchange* 2016; 55:74.
50. Shaikh MA. Nurses' use of global information systems for provision of outreach reproductive health services to internally displaced persons. *Prehosp Disaster Med* 2008;23:s35–8.
51. Arvidsson, E., André, M., Borgquist, L. and Carlsson P. Priority setting in primary health care - dilemmas and opportunities: a focus group study. *BMC Fam Pract* 11, 71 (2010). DOI:<https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-71>
52. WHO. Onehealth tool. Cited on: 7 Nov 2022. Cited on: 5 Nov 2022. Accessed at: <https://www.who.int/tools/onehealth>.