

Diagnostic des gaps dans la fourniture des services de SRMNIA au Burkina Faso et propositions de mesures correctrices

Serge SOMDA^{1,2*}, Hervé KPODA¹,
Arsène SOME¹, Tatiana BAYALA²,
Joel BOGNINI¹, Moussa DADJOARI³,
Clotaire HIEN⁴, Paulin SOMDA⁵,
Hervé HIEN¹

Résumé

Contexte et Objectifs : Le Burkina Faso présente des indicateurs de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA) particulièrement préoccupants. Malgré la mise en œuvre de plusieurs stratégies nationales, dont la politique de gratuité des soins, d'importantes insuffisances et inégalités persistent dans l'accès et la qualité des services. Cette étude a pour objectif de dresser un diagnostic détaillé des gaps liés à la disponibilité et à la capacité opérationnelle des services SRMNIA, et de formuler des mesures correctrices fondées sur des données probantes.

Méthodes : Une analyse secondaire des données de l'enquête Harmonized Health Facility Assessment (HHFA) a été réalisée. Elle a concerné 2756 formations sanitaires réparties sur les 13 régions du pays. Elle s'est appuyée sur 143 indicateurs, stratifiés selon les régions, le milieu, le type de propriétaire et le niveau des formations sanitaires. Les gaps ont consisté à comparer les niveaux des indicateurs par rapport à des seuils définis afin de les classer en trois catégories. Les actions correctrices ont été définies à travers des ateliers participatifs.

Résultats : Aucun service SRMNIA n'a atteint une disponibilité satisfaisante ($\geq 90\%$) au niveau national. La planification familiale est particulièrement déficitaire, avec une

¹Centre Muraz, Institut National de Santé Publique, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

²UFR Sciences Exactes et Appliquées, Université Nazi Boni, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

³Direction de la Santé de la famille, Ministère de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso.

⁴Bureau du Burkina Faso, Organisation Mondiale de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso.

⁵ Direction Générale de l'Offre de Soins, Ministère de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso.

***Auteur correspondant :** Dr Manituo Aymar Serge SOMDA, Centre Muraz, Institut National de Santé Publique, UFR/SEA, Université Nazi Boni ssomda@u-naziboni.bf; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9855-9395>

disponibilité inférieure à 25%. Deux profils d'offre émergent : une majorité (78,85%) de formations sanitaires rurales et publiques avec des scores globalement acceptables, et une minorité (21,15%) de structures urbaines et privées avec les niveaux les plus faibles.

Conclusions : Des niveaux de disponibilité et de capacités estimés, des réunions d'experts ont permis d'en tirer des besoins de renforcement classés par importance. Un plan d'action a été élaboré et propose une réponse au niveau national pour cibler les champs dans lesquels les difficultés persistaient. Ce plan propose le renforcement du partenariat public-privé, la définition un paquet minimum d'activités, en intégrant les services. En s'appuyant sur des données probantes, il offre des perspectives pour contribuer à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable en matière de SRMNIA au Burkina Faso.

Mots-clés: SRMNIA ; HHFA ; Disponibilité des services ; Capacité opérationnelle des services ; Burkina Faso

Diagnosis of Gaps in RMNCAH Service Delivery in Burkina Faso and Proposition of Corrective Measures

Abstract

Background and Objectives: Burkina Faso faces extremely concerning indicators in reproductive, maternal, neonatal, child, and adolescent health (RMNCAH). Despite the adoption of national strategies, including free healthcare, shortcomings and significant inequalities persist. This study aims to diagnose gaps in the availability and readiness of RMNCAH services in Burkina Faso and to propose evidence-based corrective measures.

Methods: A secondary analysis of data from the Harmonized Health Facility Assessment (HHFA) was carried out. It covered 2,756 health facilities across the country's 13 regions. The analysis focused on 143 indicators, stratified by region, setting, ownership type, and level. The gaps were identified by comparing indicator levels against defined thresholds in order to classify them into three categories. Corrective actions were defined through participatory workshops.

Results: No RMNCAH service achieves satisfactory availability ($\geq 90\%$) at the national level. Family planning is particularly lacking, with coverage below 25%. Two service provision profiles emerge: a majority (78.85%) of rural and public health facilities with generally acceptable scores, and a minority (21.15%) of urban and private structures with the lowest levels.

Conclusion: Based on the estimated levels of availability and capacity, expert meetings identified priority areas for strengthening. An action plan was developed, proposing a national-level response to address persistent challenges. This plan includes strengthening public-private partnerships and defining a minimum package of activities by integrating services. By relying on robust data, it offers perspectives to contribute to achieving the Sustainable Development Goals in RMNCAH in Burkina Faso.

Keywords: RMNCAH; HHFA; Service availability; Service readiness; Burkina Faso

Introduction

La Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescent (SRMNIA) est une priorité au Burkina Faso, à l'instar de nombreux pays africains. Toutefois, les indicateurs à ce stade demeurent parmi les plus faibles au niveau mondial. Soixante-dix (70) décès maternels dans le monde sur cent sont enregistrés en Afrique Subsaharienne (1). Le Burkina Faso, avec un taux de 0,31 décès pour 1 000 femmes en âge de procréer (2) se présente comme l'un des pays où la charge est la plus élevée. Les niveaux de mortalité néonatale (18 pour mille) et infantile (30 pour mille) (2) sont également très élevés, bien qu'en baisse depuis les 20 dernières années.

En plus de cela, 23% des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance pendant que 18% sont en insuffisance pondérale (2). Les maladies infantiles telles que la pneumonie, la diarrhée et surtout le paludisme sont très prévalentes. Enfin, les épisodes épidémiques sont récurrents pour la rougeole et la méningite. Cela amène finalement à affirmer que l'Afrique de l'Ouest et du Centre, en particulier, accuse un retard significatif sur presque tous les indicateurs de SRMNIA alors que la fécondité y est élevée et que plus de 50% de la population a moins de 20 ans (3).

Pour améliorer la situation de la SRMNIA au Burkina Faso, des axes prioritaires ont été définis (4,5). Il s'agit de l'augmentation de l'accès et de la qualité des services, de la réduction des inégalités, du renforcement des systèmes de santé et de gouvernance, de la mobilisation des ressources, ainsi que de la promotion de la recherche et de la résilience face aux crises. Parmi les services d'amélioration de la santé de la mère, la Planification Familiale (PF) a toujours joué un rôle prépondérant (6). Le pays a également adopté la stratégie des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) depuis 2004 (7). Celle-ci vise à garantir l'accès de toutes les femmes aux soins d'urgence, qu'ils soient de base ou complets. Pour ce qui concerne les services adressés aux enfants de moins de 5 ans, en plus du programme élargi de vaccination, les stratégies de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) (8) et de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA) ont pour objectif de renforcer les soins. Enfin, en 2016, pour garantir l'accès de toutes les femmes et de tous les enfants aux services de SRMNIA, le Burkina Faso a décidé d'une politique générale de gratuité pour ces deux catégories de population (9).

Outre la faiblesse notable des valeurs observées, la couverture des interventions demeure insuffisante. Ce constat est d'autant plus préoccupant que d'importantes disparités persistent dans l'accès à cette couverture (10). La planification familiale (PF) concerne seulement 15% des femmes mariées au Burkina Faso (6), avec des écarts significatifs entre zones urbaines et rurales. Nikiema et al. (11) ont rapporté des insuffisances à toutes les étapes des visites prénatales, avec un score moyen de qualité de 10,3 sur 20. Concernant la vaccination, la proportion d'enfants entièrement vaccinés a fluctué : 69,76% en 2010, 55,38% en 2015, 50,47% en 2019, et 64,75% en 2021 (12), révélant une évolution irrégulière liée à la conjoncture nationale. Les opportunités manquées de vaccination touchent 79% des enfants éligibles (13).

Les politiques mises en place ont cependant démontré leur efficacité. Ainsi, la gratuité des services de SRMNIA a amené une amélioration significative aussi bien sur la fréquentation des services de santé que sur l'état de santé des populations cibles (14).

Pour améliorer l'efficacité des services de SRMNIA fournis au Burkina Faso, il est alors nécessaire de mener une analyse plus approfondie. Il s'agira d'évaluer les performances des structures en charge de l'offre de ces services. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) encourage les pays en développement à organiser des évaluations régulières des formations sanitaires, selon une méthodologie harmonisée (15). La dernière enquête Harmonized Health Facilities Assessment (HHFA) au Burkina Faso s'est déroulée en fin d'année 2020. Elle a concerné l'ensemble des formations sanitaires du pays. Elle a permis l'évaluation de celles-ci, d'une manière complète, selon une méthodologie harmonisée.

L'Institut National de Santé Publique (INSP) du Burkina Faso, en collaboration avec la direction de la santé et de la famille (DSF) et avec le soutien technique et financier du bureau national de l'OMS a entrepris d'évaluer les gaps en matière de disponibilité et d'opérationnalité des services de la SRMNIA au Burkina Faso afin d'en tirer des actions correctrices. Le présent article découle de l'analyse secondaire des données de cette étude HHFA réalisée au Burkina Faso.

I. Matériels et méthodes

1.1 Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée au Burkina Faso situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Le système de santé au Burkina Faso est structuré de manière

pyramidale, avec à son sommet le Ministère de la Santé. Juste en dessous on trouve les directions régionales de la santé, présentes dans chacune des 13 régions administratives du pays. Ces régions sanitaires sont ensuite organisées en districts sanitaires. Pour ce qui concerne l'organisation opérationnelle, au niveau national, les structures de santé de référence (du troisième niveau) sont les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Le Burkina en comptait 6 en 2021, réparties entre les deux plus grandes villes, Ouagadougou et Bobo – Dioulasso. Le second niveau de la pyramide sanitaire est organisé autour des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) qui sont au niveau des régions sanitaires. Le Burkina Faso en comptait 9. Ces CHR servent de structures de référence aux établissements du premier niveau, les districts.

En 2021, le Burkina Faso comptait 70 districts sanitaires, qui constituent l'unité opérationnelle de base du système de santé. Chaque district est articulé autour d'un Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA), qui assure les soins de référence de premier niveau ; le pays en dénombrait 46 cette année-là. Au niveau le plus périphérique se situent les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), piliers de l'offre de soins primaires et de la promotion sociale. Avec 2 126 CSPS recensés en 2021, ils représentent la composante la plus étendue et la plus proche des communautés au sein du système de santé.

Le secteur privé occupe également une place non négligeable dans la fourniture des services de santé. Les établissements privés, dont 738 étaient recensés en 2021(16), peuvent être classés selon le type de propriété (notamment les structures confessionnelles) ou selon leur mode de conventionnement avec le ministère de la Santé. Une autre classification couramment utilisée repose sur leur niveau d'intervention : primaire, secondaire ou tertiaire, en cohérence avec l'architecture globale du système de santé national.

1.2 Source de données

Le Harmonized Health Facility Assessment (HHFA) (15) est un outil standardisé de l'OMS utilisé pour évaluer de manière exhaustive la capacité fonctionnelle des établissements de santé au Burkina Faso. Il s'appuie sur des modules et indicateurs harmonisés pour mesurer la disponibilité des infrastructures, équipements, médicaments, ressources humaines et services essentiels. En fournissant des données comparables et structurées, le HHFA soutient l'identification des

lacunes de l'offre de soins et oriente la planification sanitaire, notamment dans le suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle. En 2021, le Burkina Faso est devenu le premier pays d'Afrique francophone et le deuxième du continent à mettre en place cet outil.

L'enquête a duré 18 mois, d'avril 2020 à septembre 2021 (17). La collecte, le traitement et l'analyse des données ont été effectuées par l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé. La population d'étude incluait toutes les formations sanitaires fonctionnelles et accessibles du Burkina Faso au moment de la collecte. Ont été exclues les structures à vocation spécialisée (ex. : odontologie, ophtalmologie) ainsi que celles mises en service depuis moins de trois mois, afin de garantir la stabilité organisationnelle minimale requise par le protocole HHFA. Au total, 2 757 établissements répondaient aux critères d'inclusion et ont été évalués.

La base de données a été fournie directement par les services techniques du ministère de la Santé, pleinement impliqués dans la mise en œuvre de l'initiative.

1.3 Analyse des données

Il s'est agi d'une analyse de données secondaires issues de l'enquête HHFA menée au Burkina Faso entre 2020 et 2021 (17). Elle a été menée par le Centre MURAZ, établissement de recherche de l'Institut National de Santé Publique (INSP) du Burkina Faso. Les indicateurs de mesure de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des formations sanitaires et leur mode de calcul sont décrits par l'OMS (<https://indicator-inventory.hhfa.online/>). L'analyse s'est limitée à la SRMNIA dont les indicateurs de PF, de soins prénataux, de SONU (de base et complets), de soins post avortement, de soins postnataux, de santé de l'enfant (soins préventifs et curatifs), de vaccination de routine et de santé de l'adolescent.

Pour chaque formation sanitaire, des indicateurs binaires ont été construits afin de mesurer la disponibilité ou l'opérationnalité des services évalués. Les services non applicables à un type donné de structure (par exemple, les actes chirurgicaux majeurs dans les CSPS) ont été exclus du dénominateur. Les indicateurs nationaux ont ensuite été estimés comme la proportion de formations sanitaires disposant du service fonctionnel au sein du groupe d'établissements concerné.

Enfin, l'interprétation des résultats a été facilitée par la production de visualisations standardisées, utilisant une codification colorimétrique définie en collaboration avec les experts du ministère de la Santé :

- Vert, niveau atteint, pour des proportions supérieures ou égales à 90% (≥ 90)
- Orange, en cours, pour des proportions comprises entre 80% et 90% ($[80\%, 90\%[$)
- Rouge, non atteint, pour des proportions inférieures à 80% (≤ 80)

Les analyses ont été faites selon les régions sanitaires, les types de milieux (urbain et rural), les types d'instances gestionnaires (privées ou publiques) et les types de formations sanitaires (1^{er}, 2nd ou 3^{ème} niveau). Les visualisations ont été rendues publiques et partagées à toutes les parties prenantes.

L'analyse des gaps dans l'offre des services a concerné 143 indicateurs au total organisés tels que suit :

- 17 indicateurs sur les services de planification familiale,
- 15 indicateurs sur les services de soins prénatals,
- 7 indicateurs sur les services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base,
- 1 indicateurs sur les services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets,
- 1 indicateurs sur les services de soins post avortement,
- 3 indicateurs sur les services de soins post natals,
- 6 indicateurs sur les services de soins préventifs et curatifs,
- 7 indicateurs sur les services de vaccination de routine,
- 3 indicateurs sur les services de santé de l'adolescent,
- 83 indicateurs transversaux.

Afin d'avoir une vision globale des types de formations sanitaires selon leur disponibilité et leur capacité opérationnelle, une analyse factorielle a été effectuée sur les indicateurs suivi d'une classification ascendante hiérarchique. Le nombre de classes a été fixé à deux par défaut. Les

résultats de cette analyse factorielle sont présentés dans le matériel supplémentaire.

L'ensemble des analyses ont été menées avec le logiciel R et les visualisations ont été diffusées par une application shiny (18).

1.4 Plans d'actions correctrices

L'élaboration du plan d'actions correctrices a adopté une approche itérative et participative, structurée autour de plusieurs ateliers techniques et de travaux intersessions. Le premier atelier, réunissant principalement des chercheurs et méthodologistes, était consacré à la validation de la méthodologie et des résultats préliminaires, ainsi qu'à la formulation de recommandations pour une présentation optimale des analyses. Le deuxième atelier, élargi aux responsables techniques des programmes SRMNIA, a permis une analyse approfondie des résultats et la définition des premières orientations du plan d'actions correctrices.

À la suite de cet atelier, une première version du plan, accompagnée des visualisations des gaps, a été diffusée auprès des acteurs des programmes SRMNIA et des partenaires techniques et financiers. Les contributions recueillies ont été intégrées de manière systématique. Le troisième atelier a ensuite consisté à examiner ces retours, harmoniser les propositions et finaliser la version validée du plan d'actions correctrices.

II. Résultats

2.1 Description des formations sanitaires étudiées

L'analyse des données a concerné 2 756 formations sanitaires réparties sur l'ensemble des 13 régions du Burkina Faso. Parmi elles, 575 (20.86%) étaient du privé et 925 (33.56%) étaient en milieu urbain. Les formations sanitaires étudiées sont décrites dans le Tableau .

Tableau I: Description des formations sanitaires étudiées

CARACTERISTIQUE	CATEGORIE	SECTEUR PUBLIC	SECTEUR PRIVE	TOTAL
ENSEMBLE				
MILIEU	Urbain	444	481	925
	Rural	1737	94	1831
TYPE	CHU/CHR/Polyclinique	14	12	26
	CMA/Clinique	45	107	152
	Formation sanitaire de base	2122	456	2578

CARACTERISTIQUE	CATEGORIE	SECTEUR PUBLIC	SECTEUR PRIVE	TOTAL
REGION	Boucle du Mouhoun	238	19	257
	Cascades	111	19	130
	Centre	169	274	443
	Centre Est	184	34	218
	Centre Nord	153	16	169
	Centre Ouest	247	34	281
	Centre Sud	139	8	147
	Est	116	17	133
	Hauts Bassins	235	93	328
	Nord	210	20	230
	Plateau Central	173	19	192
	Sahel	66	5	71
Sud-Ouest	140	17	157	

2.2 Analyse de la disponibilité des services de SRMNIA

En étudiant la disponibilité des services clés de SRMNIA, au niveau national, il ressort que pour aucun des services il n'y a de couverture acceptable (Figure 1). Les services les moins fournis concernent la PF qui sont fournis par moins de trois quarts des formations sanitaires. Les services les plus fournis sont les services de vaccination des enfants avec 89,3%

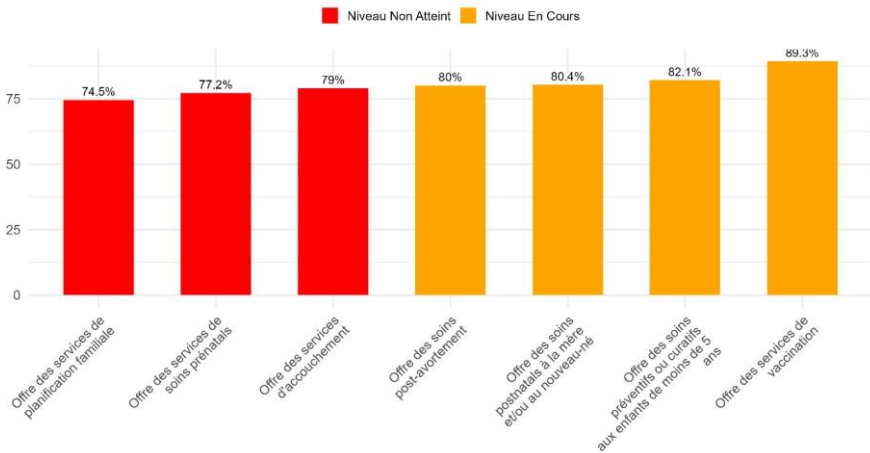


Figure 1: Disponibilité des services de SRMNIA offerts par les FS au Burkina Faso

La non-disponibilité des services de SRMNIA est principalement remarquable dans les structures situées en milieu urbain. Les structures de santé des zones rurales sont généralement équipées de façon

satisfaisante contrairement aux structures du milieu urbain. Il faudrait cependant noter la situation des services de soins post-avortement qui ne sont pas disponibles de façon satisfaisante même en milieu rural. Ceci est illustré dans la figure 1 du matériel supplémentaire.

Les gaps en termes de disponibilité des services sont également observés selon les types de formation sanitaire. Les services les plus disponibles concernent les soins. Les structures disposant le moins des services sont les CMA et les cliniques. Celles-ci sont suivies des centres de niveau supérieur (CHU/CHR/Polycliniques) comme l'illustre la figure 2 du matériel supplémentaire.

Finalement, la Figure 2 propose la répartition selon le type de propriétaire. Celle-ci montre une excellente dotation des formations sanitaires de l'État. Cependant, les structures de santé du privé sont très peu équipées pour les services nécessaires.

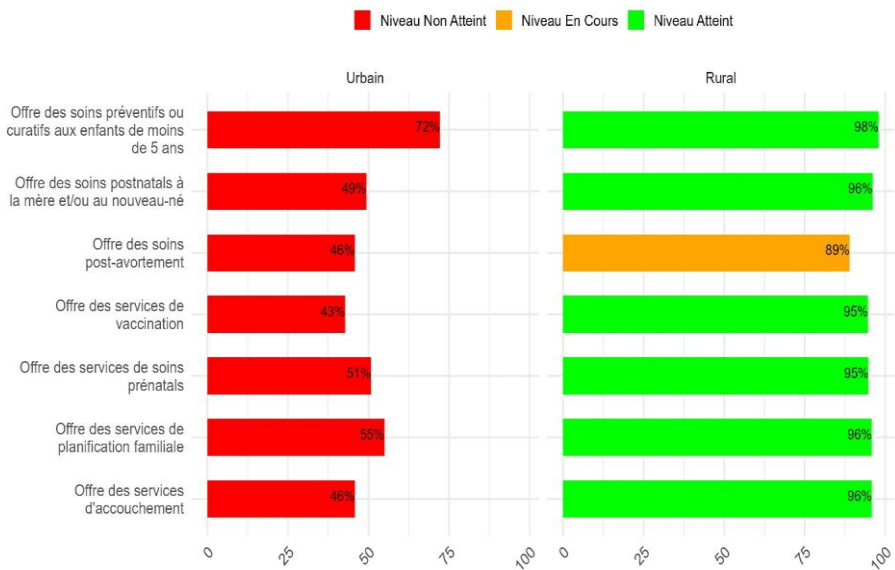


Figure 2: Disponibilité des services de SRMNIA au Burkina Faso selon le type de propriétaire

Les deux plus grands centres urbains du pays sont dans les régions du Centre (pour Ouagadougou) et des Hauts Bassins (pour Bobo – Dioulasso). Ce sont dans ces régions que la disponibilité des services de SRMNIA sont les plus faibles, comme le montre la Figure 3.

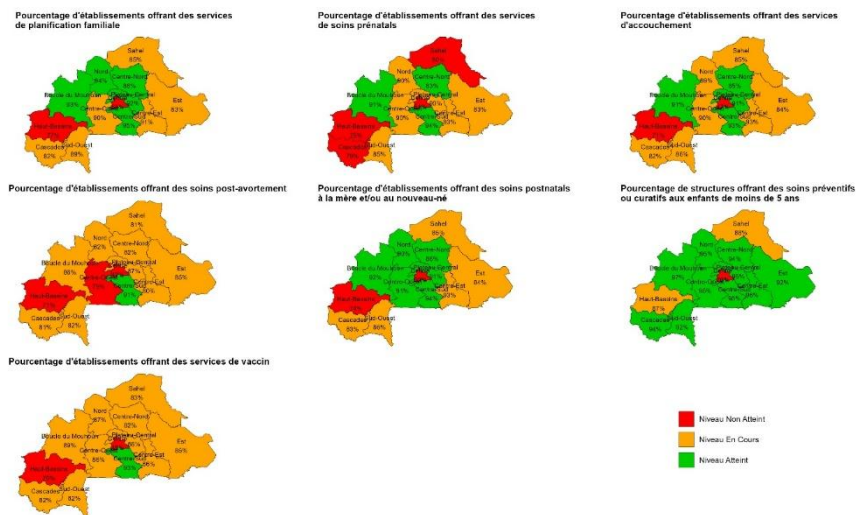


Figure 3: Disponibilité des services de SRMNIA au Burkina Faso selon la région sanitaire

2.3 Capacité opérationnelle des services de SRMNIA

Même si les services de SRMNIA sont disponibles dans certaines conditions, elles sont peu opérationnelles. Les services de PF, même quand ils sont disponibles, ne sont pas opérationnels plus de la moitié du temps. Il en est de même pour les services de soins prénatals. Au niveau national, toutes les catégories présentent des niveaux insuffisants, comme le montre la figure 3 du matériel supplémentaire. En observant selon le type de propriétaire (figure 4 du matériel supplémentaire) et selon la région sanitaire (Figure 4), il ressort que les structures sanitaires du secteur privé, qui sont généralement logées dans les régions du Centre et des Hauts Bassins sont les zones avec les niveaux d'indicateurs les plus bas.

2.4 Profil des formations sanitaires selon la disponibilité et la capacité opérationnelle

L'analyse des facteurs relatifs à la disponibilité des services de SRMNIA a permis de ressortir deux groupes tels que suit : le premier groupe représente 78.85% des formations sanitaires. Il est composé des formations sanitaires rurales et publiques. Elles sont implantées dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Ouest, du Nord, du Plateau Central, du Centre Nord, du Centre-Est, ou des Hauts-Bassins. Ces formations sanitaires sont essentiellement des CMA, cliniques et des formations sanitaires de base. La majorité de ces établissements

présentent des scores satisfaisants pour la disponibilité des services de SRMNIA. Pour ce qui concerne le second groupe (21.15% des formations sanitaires), il est composé majoritairement des formations sanitaires urbaines et privées de la région du centre. Ce sont les types de structures ayant des niveaux de disponibilité très bas.

Pour ce qui est de la capacité opérationnelle des formations sanitaire, la séparation est moins visible. Les structures présentant les moins bonnes performances représentent 78.85%. Ce groupe est essentiellement constitué des CHU, CHR, polycliniques, des CMA et des cliniques urbains et privés du Centre. Les nuages des modalités et des individus pour chacune des catégories sont présentés dans les figures 5 et 6 du matériel supplémentaire.

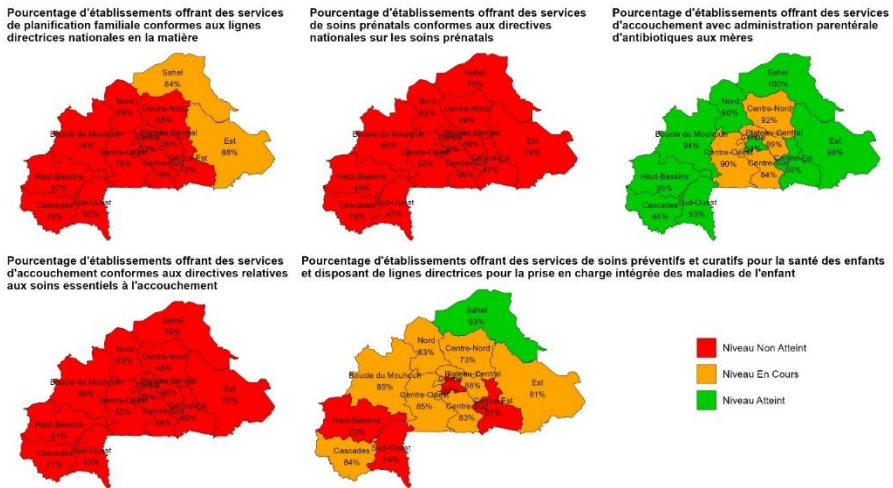


Figure 4: Capacité opérationnelle des services de SRMNIA au Burkina Faso selon la région sanitaire

2.5 Gaps identifiés et mesures correctrices proposées

L'analyse du HHFA 2021 a révélé un ensemble de gaps transversaux affectant l'ensemble des services SRMNIA, aussi bien publics que privés. Ces insuffisances concernent notamment la faible conformité aux directives nationales, la disponibilité limitée de services essentiels (planification familiale, soins prénatals complets, SONU, vaccination), les ruptures fréquentes d'intrants et de consommables (préservatifs, kits DIU, tests diagnostiques, médicaments), ainsi que des déficits en équipements médico-techniques et infrastructures adaptées. Certains

gaps étaient particulièrement marqués dans les formations sanitaires privées et dans des régions spécifiques telles que le Centre, les Hauts-Bassins ou le Plateau Central. Ces insuffisances se retrouvaient également dans la qualité des soins, la documentation, la tenue des registres et les services transversaux comme la transfusion sanguine ou les laboratoires.

Les ateliers ont permis d'identifier plusieurs catégories de causes structurelles expliquant ces gaps, souvent récurrentes d'un domaine à l'autre. Parmi les causes les plus fréquemment rapportées figurent l'insuffisance de compétences techniques des prestataires (ex. : contraception clinique, triple élimination VIH-syphilis-hépatite, réanimation néonatale, PCIME), les ruptures d'intrants dues à des faiblesses dans la chaîne d'approvisionnement, la méconnaissance ou la non-diffusion des directives nationales (particulièrement dans le privé), ainsi que des défaillances organisationnelles (supervision insuffisante, absence de locaux adaptés, gestion documentaire déficiente). Les inégalités de prise en charge entre structures publiques et privées s'expliquent aussi par une faible intégration du privé dans les dispositifs de supervision, de diffusion des directives et d'approvisionnement. Enfin, les difficultés infrastructurelles (chaîne du froid, équipements transfusionnels, laboratoires non conformes) contribuent à aggraver les gaps observés.

Les actions correctrices ont été définies en lien direct avec ces causes structurelles afin de garantir leur pertinence opérationnelle. Elles incluent le renforcement des compétences des prestataires à travers des formations ciblées (PF clinique, soins maternels kangourou, PCIME, SONU, triple élimination), l'amélioration continue de la disponibilité des intrants et consommables (kits Dispositifs Intra-Utérins, préservatifs, tests VIH-syphilis, Sulfadoxine-Pyriméthamine, vitamine A), la diffusion et l'harmonisation systématique des directives nationales, ainsi que la mise en place de mécanismes de supervision renforcée. Les mesures prévoient également l'équipement des formations sanitaires en matériels médico-techniques prioritaires (tables de réanimation, chaîne du froid, équipements transfusionnels, appareils de diagnostic), la construction ou le réaménagement des locaux nécessaires, ainsi que l'implication accrue des structures privées à travers le plaidoyer, la contractualisation et l'intégration aux dispositifs nationaux. Plusieurs actions visent enfin à améliorer la qualité des données, la tenue des registres et la gestion documentaire.

III. Discussion

L'analyse des gaps de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de SRMNIA met en évidence des disparités structurelles importantes au Burkina Faso, particulièrement marquées dans les grandes agglomérations. Cette situation s'explique en grande partie par la forte présence de formations sanitaires privées qui n'offrent pas systématiquement les services essentiels de SRMNIA habituellement disponibles gratuitement dans le secteur public. Ces résultats montrent que le secteur privé constitue un axe prioritaire pour la mise en œuvre d'actions correctrices visant à renforcer l'accès équitable aux services essentiels.

Les causes identifiées sont largement transversales : insuffisances de compétences techniques, ruptures récurrentes d'intrants et de consommables, faible conformité aux directives nationales, insuffisances de supervision, lacunes dans l'organisation interne des services et faible intégration des structures privées dans les dispositifs publics d'appui, de dotation et de diffusion des normes. Ces facteurs structurels, déjà relevés dans des travaux antérieurs, contribuent à maintenir d'importantes inégalités dans l'offre de services SRMNIA entre zones urbaines et rurales ainsi qu'entre structures publiques et privées.

Les actions correctrices proposées répondent directement à ces déterminants. Elles incluent le renforcement des compétences des prestataires (PF clinique, prise en charge néonatale, PCIME, SONU, TPIg), l'amélioration de la disponibilité des intrants, l'équipement des formations sanitaires en matériels essentiels, la diffusion harmonisée des directives cliniques, ainsi que la mise en place de mécanismes de contractualisation et d'incitation pour mieux intégrer le secteur privé dans l'offre nationale de services. L'intégration des services (SRMNIA–nutrition–PEV–PCIME) apparaît également comme une stratégie efficace pour réduire les opportunités manquées (13) et améliorer les performances globales (19). Ces orientations s'inscrivent dans une dynamique d'amélioration continue déjà observée dans plusieurs pays en développement, notamment grâce au task sharing et aux innovations organisationnelles (6).

Cependant, l'amélioration de l'offre de services ne suffira pas sans une action ciblée sur les inégalités dans la demande de soins. Les écarts persistants d'utilisation entre groupes socio-économiques et entre régions (20) suggèrent la nécessité de politiques incitatives

complémentaires telles que le financement basé sur les résultats (21,22) ou la gratuité des soins, dont les effets positifs ont été documentés au Burkina Faso (9,14). L'adoption d'un paquet minimum d'activités obligatoire pour toute formation sanitaire, quel que soit son statut, associé à des mécanismes incitatifs financiers ou fiscaux, pourrait contribuer à réduire les inégalités structurelles entre les secteurs public et privé.

L'étude apporte une contribution importante en offrant une évaluation exhaustive, basée sur plus d'une centaine d'indicateurs, de la performance des établissements de santé à travers les données HHFA. Contrairement aux travaux antérieurs qui se limitaient à quelques domaines (par exemple la faible disponibilité des soins post-avortement ou les insuffisances dans l'offre de PF), cette analyse fournit une vision intégrée des forces et faiblesses des formations sanitaires, appuyée par des outils interactifs facilitant la prise de décision. Elle met en évidence que, malgré certains progrès, la capacité opérationnelle des formations sanitaires reste insuffisante pour garantir des services de SRMNIA de haute qualité, particulièrement dans les domaines des SONU, de la vaccination, de la nutrition et de la prise en charge néonatale.

L'approche adoptée pour identifier les gaps et définir les actions correctrices représente une innovation dans le contexte burkinabè. Le plan d'action élaboré et transmis aux autorités sanitaires constitue une illustration concrète de la prise de décision fondée sur les données probantes, issue d'un processus de concertation impliquant l'ensemble des acteurs concernés. Cette démarche participative renforce la crédibilité et l'adhésion autour des résultats attendus, sous réserve d'une mise en œuvre rapide et rigoureuse des activités prévues.

Il est crucial que les actions correctrices connaissent une mise en œuvre rapide afin que la prochaine évaluation HHFA, prévue en 2028, puisse révéler une amélioration substantielle des indicateurs de services de SRMNIA. Sur le plan de la gouvernance, le Ministère de la santé, par l'intermédiaire de la Direction de la santé de la famille, doit s'approprier ce plan d'actions correctrices et établir un comité de suivi composé des différents cadres de concertation en santé reproductive aux niveaux national, régional et district.

Le Burkina Faso a démontré la résilience de son système de santé face à des défis majeurs, résistant à la pandémie de COVID-19 (23) et continuant de fonctionner malgré l'insécurité. Le pays peut également être cité en exemple pour son engagement politique face aux risques

sanitaires liés à la mortalité maternelle et infantile, comme en témoigne la désignation d'un gestionnaire d'incidents national pour le monitoring de cette activité.

L'analyse des gaps dans la fourniture des services de SRMNIA au Burkina Faso révèle des défis multiformes mais également des opportunités significatives pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents. La mise en œuvre de cette démarche requiert l'engagement de tous les acteurs - État et partenaires techniques et financiers - et sera intégrée dans la planification opérationnelle des différentes structures concernées.

En mettant en œuvre les mesures correctrices identifiées, le Burkina Faso peut progresser significativement vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable en matière de santé. Une collaboration renforcée entre le gouvernement, les communautés locales et les partenaires internationaux sera essentielle pour transformer ces défis en succès durables.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le bureau pays de l'OMS pour son soutien technique et financier ayant permis la mise en œuvre de cette initiative. Ils adressent également leur gratitude aux responsables du ministère de la Santé, en particulier à la Direction de la santé de la famille. Enfin, un remerciement tout particulier revient à l'équipe de mise en œuvre de l'HHFA, notamment à l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé pour son précieux accompagnement.

Conflits d'intérêt

Les auteurs sont des chercheurs et professionnels du ministère en charge de la santé ou de la recherche ainsi que du bureau national de l'OMS au Burkina Faso. Cependant ils déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt par rapport aux résultats de la présente étude.

Références bibliographiques

1. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*. avr 2025;13(4):e626-34.

2. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2021. Institut National de la Statistique et de la Démographie; 2023.
3. Amouzou A, Barros AJD, Requejo J, Faye C, Akseer N, Bendavid E, et al. The 2025 report of the Lancet Countdown to 2030 for women's, children's, and adolescents' health: tracking progress on health and nutrition. *The Lancet*. 26 avr 2025;405(10488):1505-54.
4. Ministère de la Santé (Burkina Faso). Plan stratégique de la santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent.e, du jeune et de la nutrition (SRMNIA-Nut) 2020-2024 [Internet]. Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la Santé, Burkina Faso; 2020 [cité 2 juin 2025] p. 112. Disponible sur:
https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/Plan_SRMNIA-Nut_2020_2024.pdf
5. Ministère de la Santé (Burkina Faso). Dossier d'Investissement [Internet]. Ministère de la Santé, Burkina Faso; 2019 juin [cité 2 juin 2025] p. 125. Disponible sur:
<https://www.countdown2030.org/wp-content/uploads/2023/02/Rapport-technique-pays-Burkina-Faso.pdf>
6. Millogo T, Kouanda S, Tran NT, Kaboré B, Keita N, Ouedraogo L, et al. Task sharing for family planning services, Burkina Faso. *Bull World Health Organ*. 1 nov 2019;97(11):783-8.
7. Kouanda S, Ouedraogo MA, Ouedraogo HG, Sanon D, Belemviré S, Ouedraogo L. Emergency obstetric and neonatal care needs assessment: Results of the 2010 and 2014 surveys in Burkina Faso. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. nov 2016;131(S1):S11-5.
8. Kpoda HBN, Somé SA, Somda MAS, Yara M, Dabone BEA, Ilboudo P, et al. Evaluation of Adherence of Health-Care Workers to Integrated Management of Childhood Illness Guidelines in the Context of the Free Care Program in Burkina Faso. 14 sept 2022 [cité 3 juin 2025]; Disponible sur:
<https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/107/3/article-p610.xml>
9. Ridde V, Yaméogo P. How Burkina Faso used evidence in deciding to launch its policy of free healthcare for children under five and women in 2016. *Palgrave Communications*. 2 oct 2018;4(1):1-9.

10. Faye CM, Wehrmeister FC, Melesse DY, Mutua MKK, Maïga A, Taylor CM, et al. Large and persistent subnational inequalities in reproductive, maternal, newborn and child health intervention coverage in sub-Saharan Africa. *BMJ Global Health* [Internet]. 26 janv 2020 [cité 3 juin 2025]; Disponible sur: <https://gh.bmj.com/content/5/1/e002232>
11. Nikiema L, Kameli Y, Capon G, Sondo B, Martin-Prével Y. Quality of Antenatal Care and Obstetrical Coverage in Rural Burkina Faso. *J Health Popul Nutr.* févr 2010;28(1):67-75.
12. Cooper S, Bicaba F, Tiendrebeogo CO, Bila A, Bicaba A, Druetz T. Vaccination coverage in rural Burkina Faso under the effects of COVID-19: evidence from a panel study in eight districts. *BMC Health Services Research.* 21 sept 2023;23(1):1016.
13. Kaboré L, Meda B, Médah I, Shendale S, Nic Lochlainn L, Sanderson C, et al. Assessment of missed opportunities for vaccination (MOV) in Burkina Faso using the World Health Organization’s revised MOV strategy: Findings and strategic considerations to improve routine childhood immunization coverage. *Vaccine.* 10 nov 2020;38(48):7603-11.
14. Ilboudo PG, Siri A. Effects of the free healthcare policy on maternal and child health in Burkina Faso: a nationwide evaluation using interrupted time-series analysis. *Health Economics Review.* 5 mai 2023;13(1):27.
15. Organization WH. Harmonized health facility assessment (HHFA): comprehensive guide. World Health Organization; 2023. 126 p.
16. Ministère de la Santé. Annuaire statistique de la santé 2021 [Internet]. Burkina Faso; 2022. Disponible sur: http://cns.bf/IMG/pdf/annuaire_mshp_2021_signe.pdf
17. Onadja Y, Compaoré R, Yugbaré DB, Thomas HL, Guiella G, Lougué S, et al. Postabortion care service availability, readiness, and access in Burkina Faso: results from linked female-facility cross-sectional data. *BMC Health Services Research.* 17 janv 2024;24(1):1-10.
18. Gebauer JE, Adler J, Competence” O behalf of the D working group “Digital. Using Shiny apps for statistical analyses and laboratory workflows. 1 août 2023 [cité 19 juin 2025]; Disponible sur: <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/labmed-2023-0020/html>

19. Tougri H, Compaoré R, Yameogo WME, Congo B, Coulibaly A, Belemsaga DY, et al. To what extent are maternal and child health, family planning, and nutrition policies supporting integrated service delivery in Burkina Faso, Côte d'Ivoire, and Niger? *Archives of Public Health*. 10 avr 2025;83(1):101.
20. Mwase T, Brenner S, Mazalale J, Lohmann J, Hamadou S, Somda SMA, et al. Inequities and their determinants in coverage of maternal health services in Burkina Faso. *International Journal for Equity in Health*. 11 mai 2018;17:58.
21. Mwase T, Lohmann J, Hamadou S, Brenner S, Somda SMA, Hien H, et al. Can Combining Performance-Based Financing With Equity Measures Result in Greater Equity in Utilization of Maternal Care Services? Evidence From Burkina Faso. *Int J Health Policy Manag*. 27 juill 2020;11(3):308-22.
22. Appel I, Lohmann J, De Allegri M, Koulidiati JL, Somda S, Robyn PJ, et al. Improving the readiness and clinical quality of antenatal care – findings from a quasi-experimental evaluation of a performance-based financing scheme in Burkina Faso. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15 mai 2023;23(1):352.
23. Maïga A, Bougma M, Wilson E, Kaboré TS, Tou GG, Munos MK, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal, newborn, and child health service coverage in Burkina Faso. *J Glob Health*. 2024;14:05037.

