



DOCUMENT NATIONAL D'ORIENTATION
SUR LA DELEGATION DES TACHES EN
SR/PF/VIH/NUTRITION

Avant-propos

Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays de l'Afrique subsaharienne, fait face au double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles souvent à des coûts de soins élevés. Les conséquences de cette situation socio sanitaire sont encore plus accentuées chez les groupes vulnérables.

Ces dernières années, des progrès importants ont été réalisés dans le cadre de la lutte contre certaines endémies majeures, notamment le paludisme, la tuberculose, les maladies tropicales négligées, etc. Cependant, la mortalité maternelle, la mortalité infanto-juvénile, l'accès aux méthodes contraceptives, aux services de santé de prise en charge de l'infection au virus d'immunodéficience humaine (VIH) et de la malnutrition demeurent, entre autres, des défis à relever pour notre système de santé. Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030 à travers les différents plans opérationnels s'orientera vers la résolution de ce gap important pour réaliser les ambitions affichées par notre pays vers le progrès vers la couverture sanitaire universelle.

En effet, le Burkina Faso est confronté à une pénurie d'agents de santé, à leur mauvaise répartition et à la faible rétention du personnel de santé qualifié, en particulier dans les zones rurales et reculées entraînant ainsi un déséquilibre entre l'offre et la demande. Cette situation constitue un obstacle à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle et l'atteinte des objectifs de développement durable. La délégation de certaines tâches d'offre de services de santé à des agents moins qualifiés peut, si elle est soigneusement planifiée et mise en œuvre, améliorer la qualité et la couverture des services et atteindre un plus grand nombre de populations cibles. La délégation de tâches en santé est une stratégie efficace expérimentée par plusieurs pays et approuvée par l'OMS.

C'est pour mieux encadrer la mise en œuvre de cette stratégie que le **document national d'orientation sur la délégation des tâches en SR/PF/VIH/Nutrition** a été élaboré. Compte tenu du contexte épidémiologique et sécuritaire, il a été relu pour permettre aux agents de santé de première ligne d'offrir des méthodes contraceptives de longue durée réversibles et aux agents de santé à base communautaire d'initier l'offre des pilules et l'administration du Depo-Medroxyprogestérone Acétate injectable en sous cutané. Cette relecture permet aussi de prendre en compte au niveau communautaire l'auto dépistage du VIH.

Ainsi, ce document se veut un cadre normatif en matière de délégation de tâches au Burkina Faso dans le domaine de la SR, de la PF, du VIH et de la nutrition.

Tout en félicitant l'ensemble des acteurs pour les acquis engrangés, je les exhorte à accompagner la mise en œuvre effective et efficiente de cette délégation des tâches qui contribuera à la prise en charge efficace de la santé de la mère et du nouveau-né de l'enfant et des adolescents et jeunes au Burkina Faso.

Le Ministre de la santé

Pr Charlemagne Marie Ragnag-Newendé OUEDRAOGO

Chevalier de l'Ordre de l'Étalon



Sommaire

1. Contexte et justification	2
2. Définition des concepts	3
3. Organisation du système de santé au Burkina Faso	5
4. Analyse des ressources humaines en santé au Burkina Faso	11
5. Accessibilité géographique aux structures de soins	12
6. Synthèse des principaux constats de l'analyse	13
7. Formulation du problème central	13
8. Rappel de la Vision, du but, des fondements, valeurs, principes et objectifs de la politique nationale en santé.....	14
9. Principes directeurs de la délégation des tâches.....	15
10. But	16
11. Objectif général	16
12. Résultats	16
13. Chaine des résultats de la délégation des tâches au BF.....	16
14. Cadre logique de la délégation des tâches en SR/PF/VIH/Nutrition.....	17
15. Domaines de la délégation de tâches	18
16. Délégation des prestations de soins par domaine	20
17. Mécanismes de coordination et de mise en œuvre	28
Références	32

Liste des tableaux

Tableau I : évolution des effectifs du personnel de soins par emploi de 2013 à 2017.....	11
Tableau II : ratio habitants par type de personnel de santé de 2013 à 2017.....	12
Tableau III : rayon moyen d'action théorique (en km sans le privé) par région sanitaire de 2013 à 2017	13
Tableau IV : Chaine des résultats.....	16
Tableau V: Prestations déléguées au niveau des formations sanitaires	20
Tableau VI : Prestations déléguées au niveau communautaire	25
Tableau VII: Cadre institutionnel, acteurs et responsabilités dans la coordination de la délégation des tâches.....	28

Liste des graphiques et des figures

Graphique 1 Taux d'accouchements assistés de 2013 à 2017	2
Graphique 2 : Taux de césariennes de 2013 à 2017 au Burkina Faso.....	2
Figure 1 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso (données issues de l'annuaire statistique 2017)	7

Liste des annexes

Annexe 1 : tableau I : proportions (%) des CSPS remplissant les normes minimales en personnel par région sanitaire de 2013 à 2017.....	33
Annexe 2 : figure 1 : modèle de santé communautaire selon la nouvelle vision du ministère de la santé	34
Annexe 3 : Figure 1: Organigramme du ministère de la santé.....	35

Liste des sigles et abréviations

AA	Accoucheuse auxiliaire
AB	Accoucheuse brevetée
AIS/ASHC/ASC	Agent itinérant de santé/Agent de santé et d'hygiène communautaire/Agent de santé communautaire
ARV	Antirétroviral
ASBC	Agent de santé à base communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
ASSOG	Attaché de santé en soins obstétricaux et gynécologiques
ATS	Attaché de santé
CAB	Cabinet
CEDEAO	Communauté économique des états de l'Afrique de l'ouest
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
COGES	Comité de gestion
CPN	Consultation Périnatale
CPoN	Consultation post-natale
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DFP	Direction de la formulation de la politique et des stratégies sectorielles
DGAP	Direction générale de l'accès aux produits de santé
DGESS	Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DGOS	Direction générale de l'offre des soins
DGSP	Direction générale de la santé publique
DIU	Dispositif intra utérin
DMPA-SC	Depo-Medroxyprogestérone Acétate
DN	Direction de la nutrition
DRD	Dépôt répartiteur de district
DRH	Direction des ressources humaines
DRS	Direction régionale de la santé
DS	District sanitaire
ECD	Equipe cadre de district
EDS	Enquête démographique et de santé
EMC	Enquête multisectorielle continue
EMDS	Enquête modulaire démographie et santé
eTME	Elimination de la transmission mère-enfant du VIH-sida
FS	Formation sanitaire
HD	Hôpital de district
HP+	Health policy plus
HTA	Hypertension artérielle
IB	Infirmier breveté
IDE	Infirmier diplômé d'état
IDH	Indice de développement humain
IEC	Information éducation communication
IRA	Infection respiratoire aigue
IST	Infection sexuellement transmissible
MA	Malnutrition aigüe

MAG	Malnutrition aigüe globale
MAM	Malnutrition aigüe modérée
MAS	Malnutrition aigüe sévère
MCD	Médecin chef de district
ME	Maïeuticien d'Etat
MEG	Médicament essentiel générique
MNT	Maladie non transmissible
MS	Ministère de la santé
MTN	Maladie tropicale négligée
OBC	Organisation à base communautaire
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Organisation des nations unies pour le sida
OOAS	Organisation ouest-africaine de la santé
OSC	Organisation de la société civile
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PMA	Paquet Minimum d'activités
PMA 2020	Performance monitoring and accountability 2020
PNDES	Plan national de développement économique et social
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé
PSSLS-IST	Programme sectoriel santé de lutte contre le sida et les IST
PTF	Partenaire technique et financier
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitation
RMAT	Rayon moyen d'action théorique
SFE	Sage-femme d'Etat
SR	Santé de la reproduction
TPCm	Taux de prévalence contraceptive moderne
UNICEF	United nations international children's emergency fund (Fonds des nations unies pour l'enfance)
USAID	United states agency for international development (Agence des Etats-Unis pour le développement international)
VAD	Visite à domicile
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

L'élaboration et la relecture du document national d'orientation sur la délégation des tâches en SR/PF/VIH/Nutrition, initiée par le Ministère de la santé, a suivi un processus inclusif et participatif ayant impliqué différentes structures du ministère de la santé, les sociétés savantes, les ordres professionnels, les ONG et Associations ainsi que les partenaires techniques et financiers.

L'engagement des uns et des autres, tout au long du processus d'élaboration, s'est traduit par un esprit de franche collaboration et de concertation mutuelle. Ce document constitue un outil normatif qui s'inscrit dans la vision stratégique du Burkina Faso pour l'amélioration de l'offre de soins aux populations.

Le Ministère de la santé, au terme de ce processus, remercie toutes les organisations, institutions et personnes ressources qui ont contribué à sa production.

Les remerciements vont à l'endroit des partenaires techniques et financiers, particulièrement l'USAID et Health Policy plus (HP+)/Palladium pour leurs constants soutiens financiers et techniques. Ces remerciements s'adressent également aux sociétés savantes, aux ordres professionnels, aux ONG et Associations.

Introduction

Dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne, les systèmes de santé sont confrontés à d'importants problèmes dont les pénuries en ressources humaines et l'accès équitable aux soins de qualité. Au Burkina Faso, en dépit des politiques majeures en santé comme les subventions et la gratuité des soins et des services de planification familiale, les indicateurs de morbidité et de mortalité liés à la santé de la reproduction et à la nutrition restent élevés. Cette situation pourrait s'expliquer par une insuffisance en personnel qualifié notamment dans les centres de santé périphériques. De ce fait, les individus et les communautés portent toujours le lourd fardeau des maladies pouvant être prévenues et traitées, malgré l'existence de technologies et de pratiques de prévention et de traitement efficaces.

L'insuffisance de ressources humaines dans les services de santé, doublée d'une inégale répartition, constitue une menace pesant sur la réalisation des objectifs de la Politique nationale de santé (PNS), du Plan national de développement économique et social (PNDES) et ceux du développement durable (ODD).

Pour faire face à cette situation, une délégation de tâches entre les différentes catégories d'agents de santé est perçue comme une des stratégies pertinentes pour améliorer l'accès aux soins de santé. Elle répond aux recommandations de l'OMS relative à l'optimisation des rôles du personnel de santé. Cette délégation vise à contribuer à l'accès des populations aux services de santé grâce à une approche multisectorielle et participative. Elle permettra ainsi aux agents de santé de fournir une vaste gamme de services de santé aux populations surtout dans les zones reculées où on constate un déficit en personnel qualifié.

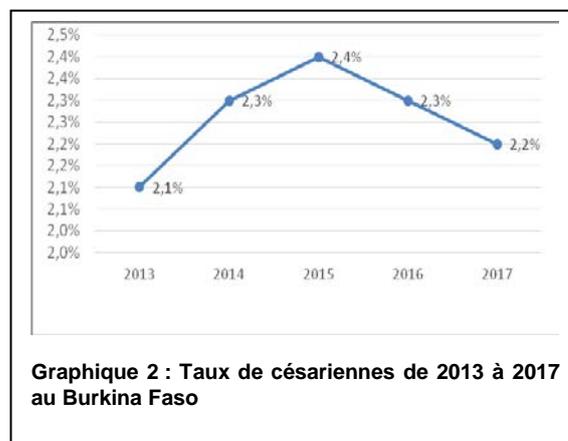
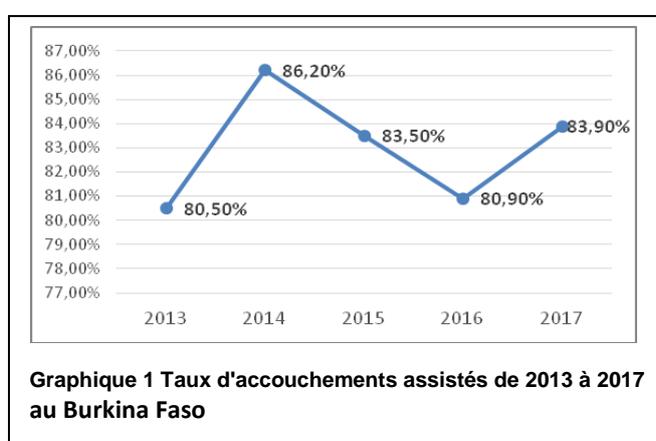
Le Document national d'orientation sur la délégation de tâches en santé concerne les domaines de la santé de la reproduction (SR), de la planification familiale (PF), du VIH et de la nutrition. Son élaboration a été participative et a bénéficié de l'appui technique et financier de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) à travers /Heath Policy plus (HP+)/Palladium. Il s'articule autour des points suivants :

- contexte et justification ;
- vision, but, objectif et principes directeurs;
- domaines de la délégation de tâches ;
- mécanismes de coordination et de mise en œuvre ;
- dispositif de suivi et évaluation.

1. Contexte et justification

Au Burkina Faso, les niveaux des indicateurs de santé bien qu'ayant connu une amélioration ces dernières années restent toujours préoccupants. Les enquêtes font apparaître des taux bruts de mortalité et de morbidité élevés respectivement de 11,8‰ et de 10,0%¹. Le ratio de mortalité maternelle est de 330 pour 100 000 naissances vivantes². Le niveau de fécondité reste élevé avec un indice synthétique de fécondité de 5,4³ enfants par femme. La prévalence du VIH se situe à 0,8% et celle de la malnutrition aiguë reste toujours élevée de l'ordre de 8,4%⁴. La prévalence contraceptive moderne (30,7%) est faible et le taux de besoins non satisfaits des femmes en union en méthodes contraceptives modernes (23,3%) demeure toujours élevé⁵.

De même, la progression du taux d'accouchements assistés s'est faite en dents de scie entre 2013 et 2017 (graphique 1). Le taux de césariennes a connu une hausse de 2013 à 2015 et une légère baisse de 2015 à 2017⁶. La cible qui était de 5% n'a pas été atteinte durant les cinq années (graphique 2).



La prise en charge des principales maladies à forte mortalité infantile (paludisme, diarrhée et pneumonie) reste insuffisante. En 2014, une proportion de 39% des enfants souffrant de fièvre et 47% d'infections respiratoires aiguës n'ont pas pu bénéficier de soins et conseils auprès d'un prestataire de santé pour leur traitement⁷. De même, 21 % d'enfants souffrant de diarrhée n'ont reçu aucun traitement et 12,3% des enfants sont pris en charge par la médecine traditionnelle en 2015⁸.

Des multiples raisons qui justifient le faible niveau des indicateurs en santé, on peut relever, entre autres, la faible accessibilité géographique aux formations sanitaires (FS) et l'insuffisance en personnel qualifié pour l'offre de services de qualité. Dans le premier cas, d'énormes efforts ont été consentis permettant au rayon moyen d'action théorique (RMAT) de passer de 7 km en 2013 à 6,5 km en 2017. Dans le deuxième cas, malgré les efforts de recrutement du gouvernement afin de résorber les problèmes de ressources humaines en santé, le Burkina Faso compte seulement sept (7) professionnels de santé pour 10 000 habitants en

¹ Institut national des statistiques et de la démographie (INSD) 2006

² Enquête modulaire démographie et santé EMDS 2015

³ Plan national de développement sanitaire 2011-2020, 2^{ème} tranche

⁴ Rapport enquête nutritionnelle nationale SMART 2018 BF

⁵ PMA 2020 (2018)

⁶ Annuaire statistique 2017 du Ministère de la santé

⁷ EIPBF, 2014

⁸ EMC-MDS, 2015

2016 or les orientations de l’OMS proposent 23 personnels de santé qualifiés (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 10 000 habitants⁹. En outre, on note une inégale répartition des effectifs entre les régions et à l’intérieur d’une même région, marquée par une concentration dans les zones urbaines et une forte mobilité du personnel. En 2015, seulement 31% des centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) disposaient d’au moins deux médecins formés en chirurgie essentielle.

Au cours des cinq dernières années, de nombreuses stratégies ont été expérimentées par le ministère de la santé et ses partenaires pour relever les défis en matière d’offre de soins et d’accès des populations aux services de santé. La délégation des tâches figure parmi ces stratégies. Des tâches spécifiques sont confiées par des agents de santé plus qualifiés à des agents de santé de qualification inférieure en lien avec les tâches déléguées.

Les études confirment que les prestataires peu qualifiés, avec une formation suffisante et disposant de protocoles de soins clairs sont en mesure de dispenser toute une gamme de services de santé très utiles. Des expériences pilotes de délégation de tâches en PF au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire ont été mises en œuvre avec succès dans les districts de Tougan et de Dandé. Le passage progressif à l’échelle est en cours dans les districts sanitaires de Sig-noghin, de Do, de Dafra et de Koudougou. Cette délégation des tâches prend en compte les structures sanitaires privées notamment les dépôts et officines pharmaceutiques. Aussi, la délégation ultime qui est l’auto-injection du DMPA-SC a été mise en œuvre avec succès dans quatre districts (Nouna, Houndé, Boulmiougou, Ouahigouya) et dans les cliniques de l’ABBEF et de Marie Stopes Burkina Faso en 2018. Ce succès a conduit à un passage à l’échelle qui se fait de manière progressive et couvre actuellement trente neuf (39) districts sanitaires. En outre, d’autres pays de la sous-région (Sénégal, Ghana, Togo...) se sont illustrés dans la mise en œuvre de la délégation des tâches. Aussi, l’OMS invite-t-elle les pays à aller à la délégation des tâches. Par ailleurs, les Etats membres de la CEDEAO à travers la résolution sur « la promotion des bonnes pratiques en matière de délégation de tâches dans la mise en œuvre des programmes de santé familiale et reproductive » du 16 juin 2017 recommandent aux pays membres la mise en œuvre de la délégation des tâches pour relever les indicateurs.

La délégation des tâches est une intervention techniquement réalisable et culturellement acceptable, porteuse de promesses pour renforcer la couverture sanitaire et l’accessibilité aux soins de santé. C’est pourquoi, le ministère de la santé pour mieux guider les acteurs, se dote du présent document.

2. Définition des concepts

- **Déléguer**

Déléguer, c’est permettre à quelqu’un d’agir à sa place parce qu’il lui a été donné le pouvoir nécessaire pour le faire.

- **Délégation**

La délégation est le fait de permettre à une personne d’agir au nom de l’autre parce qu’elle a reçu pouvoir d’agir. La délégation peut être totale ou partielle. Les limites de la délégation doivent être expressément indiquées et précisées dans un document écrit.

⁹ Rapport SARAIII 2016, MS, BF

- **Tâche en santé**

La tâche est une intervention, un acte ou une prestation dans le domaine de la santé.

- **Auto soins ou Délégation ultime**

Capacité des individus à s'auto-administrer les soins.

- **Délégation de tâches en santé**

Selon l'OMS, la délégation des tâches permet à une personne d'agir au nom d'une autre personne parce qu'elle a reçu pourvoir d'agir. Il s'agit d'une optimisation des rôles du personnel de santé pour améliorer l'accès des populations aux interventions de santé dans des domaines précis.

Selon le présent document, la délégation de tâches en santé désigne l'action par laquelle un agent ayant autorité d'accomplir des tâches, confie certaines tâches à réaliser à un autre agent de qualification inférieure, à un bénéficiaire ou à toute autre personne formée à cet effet. La délégation comprend l'idée de supervision.

- **Délégrant**

Il s'agit du titulaire des attributions officielles ayant l'autorité de l'exécution de l'acte et qui accepte déléguer à un autre agent de qualification inférieure ou au bénéficiaire de la prestation. La responsabilité du délégrant reste engagée du fait de la décision de déléguer.

- **Délégataire**

Il s'agit d'une personne qui réalise les actes ou les prestations délégués décrits dans les attributions officielles du délégrant. La responsabilité du délégataire est engagée dans la réalisation de l'acte.

- **La santé de la reproduction**

Selon la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), on entend par santé de la reproduction le bien-être général tant physique, mental que social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies et d'infirmités. Le Burkina Faso a adopté ce concept et retenu des volets et des composantes essentielles qui tiennent compte de ses besoins et de ses priorités. La santé de la reproduction comporte 5 volets :

- santé de la femme ;
- santé de l'enfant ;
- santé des adolescents et des jeunes ;
- santé de l'homme ;
- santé des personnes âgées.

3. Organisation du système de santé au Burkina Faso

3.1. Aperçu sur le Burkina Faso

3.1.1. Contexte géographique et démographique

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé d'une superficie d'environ 274 200 km². Il est limité au Nord-ouest par le Mali, au Nord-est par le Niger, au Sud-est par le Bénin et au Sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo.

Le Burkina a un climat tropical de type soudanien avec une pluviométrie moyenne annuelle variant de 300 mm au Nord à plus de 1200 mm au Sud-ouest.

La population du Burkina Faso est estimée à 20 244 080¹⁰ habitants en 2018, soit une densité d'environ 73,4 habitants/km². Avec une forte croissance démographique de 3,16%¹¹ et un indice synthétique de fécondité de 5,4 enfants par femme, la population pourrait atteindre 21 510 181 d'habitants en 2020. Le taux brut de natalité est estimé à 46,0‰ et celui de la mortalité générale est de 11,8‰. L'espérance de vie à la naissance de 56,7 ans. La population du Burkina Faso est caractérisée par son extrême jeunesse avec 47% de la population âgée de moins de 15 ans, 67% de moins de 25 ans et 33,2% des jeunes ont un âge compris entre 15 et 35 ans.

3.1.2. Contexte politique et administratif

Sur le plan administratif, le Burkina Faso est divisé en 13 régions et 45 provinces subdivisées en 351 départements et 8228 villages. On dénombre 18 centres urbains dans le pays dont Ouagadougou est la capitale politique et Bobo-Dioulasso la capitale économique.

Depuis 2006, le Burkina Faso s'est engagé dans une politique de décentralisation dans le but de renforcer les capacités d'action des collectivités territoriales par la création des collectivités locales que sont les régions (13) et les communes (351) dont 49 communes urbaines et 302 communes rurales.

3.1.3. Contexte socio-économique

L'économie du Burkina Faso est caractérisée par sa faible diversité et sa forte dépendance de l'importation. L'activité économique est basée essentiellement sur l'agriculture, l'élevage et le commerce. L'industrie reste peu développée.

Le Burkina Faso connaît une croissance économique fluctuante, qui s'est renforcée ces dernières années avec un taux de croissance annuel moyen du Produit intérieur brut (PIB) de 5,5% entre 2011 et 2015. Mais le taux de croissance moyenne du PIB par habitant n'a été que de 2,3% à cause de la forte croissance démographique (3,1%). La pauvreté est fondamentalement rurale, avec une incidence de 47,5% contre 13,6% en milieu urbain. Les problèmes de sécurité alimentaire sont récurrents et la malnutrition reste très importante. Environ 30 % de la population est confrontée à une insécurité alimentaire chronique. Le niveau de l'Indice de Développement Humain (IDH) du Burkina Faso était de 0,420 en 2014, le classant dans la catégorie des pays à faible niveau de développement.

3.2. Système de santé

Le système de santé du Burkina Faso, hérité de l'ère colonial, a connu une grande évolution au fil des années avec parfois des ruptures assez nettes en termes de choix stratégiques.

¹⁰ Institut national de la statistique et de la démographie (INSD)

¹¹ Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) (2008).

Depuis les années 1970, la lutte contre les endémo-épidémies était orientée vers une organisation axée sur la protection de la santé des populations en zones rurales à travers les plans quinquennaux de développement. Cette option se justifiait largement par le profil épidémiologique caractérisé par la prédominance de ces endémo-épidémies (lèpre, rougeole, méningite, trypanosomiase...). Les stratégies adoptées privilégiaient la mise en place de centres fixes de soins et le développement d'équipes mobiles¹².

Les années 1990 ont été marquées par la persistance d'une morbidité et d'une mortalité toujours élevées. Pour faire face à cette situation, le ministère de la santé, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, s'est engagé dans une réforme de son système de santé basée sur la décentralisation avec la mise en place de districts sanitaires.

Au cours des années 2000, le ministère de la santé s'est doté d'une politique sanitaire nationale qui a été révisée en 2011 pour prendre en compte les changements importants intervenus dans le monde et plus particulièrement dans la région africaine et au plan national.

Un certain nombre de réformes sont en train d'être conduites depuis 2011 et concernent notamment :

- la décentralisation ou communalisation intégrale avec transfert des compétences et des ressources ;
- le renforcement de la santé communautaire ;
- la réforme hospitalière y compris l'instauration de la prise en charge des urgences sans prépaiement ;
- la mise en œuvre de la politique de contractualisation ;
- la stratégie nationale et les textes règlementant l'exercice de la « médecine traditionnelle » et de la pharmacopée nationale ;
- l'adoption de la loi sur le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) ;
- l'instauration en 2016 de la gratuité des soins chez les femmes et les enfants de moins de 5 ans ;
- la prise d'un décret en conseil des ministres instituant la gratuité totale de la PF pour compter du 1^{er} juin 2019 ;
- la stratégie nationale de la qualité des soins centrée sur la personne et la sécurité des patients.

L'organisation actuelle du système de santé au Burkina Faso est basée sur le district sanitaire. Elle comporte une organisation administrative et une organisation technique. Sa hiérarchisation est pyramidale à base communautaire à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

3.2.1. Organisation administrative et des soins

- **Au plan administratif**

Le ministère de la santé est organisé en trois niveaux : (i) le niveau central autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général (ii) le niveau intermédiaire avec 13

¹² Op. cit.

directions régionales de la santé et enfin (iii) le niveau périphérique avec 70 districts sanitaires.

- **Au plan technique**

L'offre de soins comprend le sous-secteur public et le sous-secteur privé. Le sous-secteur public est organisé ainsi qu'il suit :

- ✓ **le premier niveau** est subdivisé en deux échelons : un premier échelon qui regroupe les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les centres médicaux (CM) et un deuxième échelon qui comprend les hôpitaux de district (HD) ou centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) ;
- ✓ **le deuxième niveau** comprend les centres hospitaliers régionaux (CHR) qui sont les structures de référence pour les HD/CMA ;
- ✓ **le troisième niveau** est composé des centres hospitaliers universitaires (CHU) qui sont les structures de référence pour les CHR.

La figure ci-dessous résume le dispositif pyramidal du système de santé.

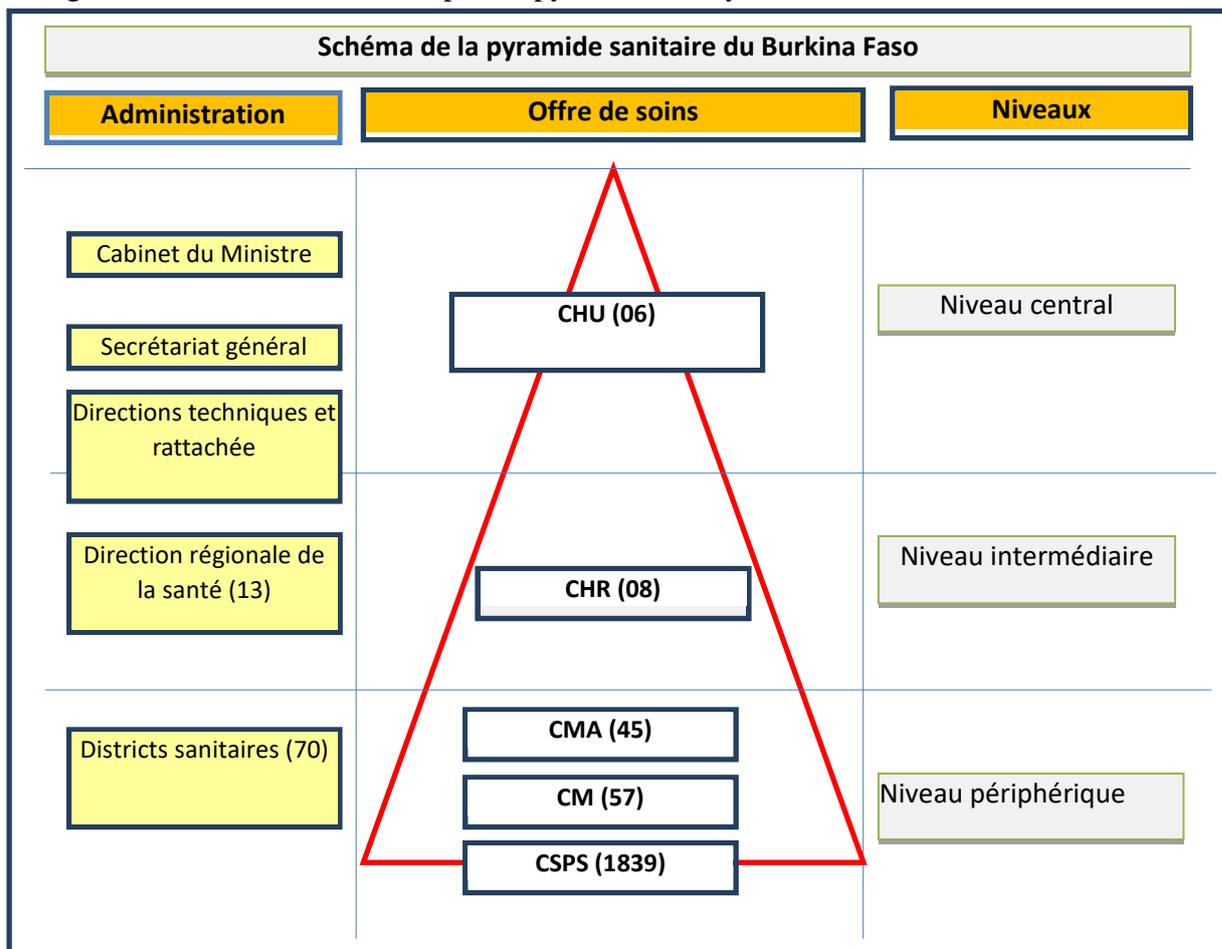


Figure 1 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso (données issues de l'annuaire statistique 2017)

Le sous-secteur privé des soins est organisé à l'image du secteur public. Ce sous-secteur est en plein essor. A côté de ces deux sous-secteurs, il existe aussi la médecine et la pharmacopée traditionnelles qui sont en voie de réorganisation.

La médecine et la pharmacopée traditionnelles existent dans toutes les communautés du Burkina Faso et constituent le premier recours de certaines populations en cas de maladies. Leur importance 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.

3.2.2. Organisation de la santé communautaire

Dans le domaine de la santé communautaire, une nouvelle approche est en cours d'expérimentation¹³. En 2016, le ministère de la santé a recruté et installé dans chaque village deux agents de santé à base communautaire (ASBC). Ainsi, au total 17 668 ASBC sont repartis et motivés sur le territoire national sur financement conjoint du budget de l'Etat et ses partenaires à hauteur de 20 000 FCFA par ASBC par mois. Cette nouvelle approche communautaire qui se veut solide et efficace, est basée sur trois (3) actions clés et complémentaires que sont :

- la réduction de la distance d'accès des populations à un paquet de services de santé préventifs, promotionnels, curatifs et de soutien de base ;
- la mise en œuvre des actions communautaires centrées sur la famille/collectivité pour renforcer la participation communautaire ;
- le renforcement de la capacité des collectivités locales et des comités de gestion (COGES) en matière de gestion de la santé de leur communauté pour la prise en compte des dépenses de santé dans les budgets communaux.

Les soins en communauté font partie intégrante du premier échelon de notre système de santé. Mais l'organisation des soins à ce niveau n'est pas suffisamment prise en compte. Ainsi un accent particulier est mis sur l'approche santé communautaire axée sur la promotion de la santé, avec l'élaboration d'une stratégie nationale en santé communautaire.

Les interventions de santé communautaire sont mises en œuvre par des acteurs relevant aussi bien du public que de la société civile avec l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF).

Au niveau du public, les orientations et directives sont élaborées par le niveau central sur la base des politiques et stratégies nationales définies. La mise en œuvre des activités est assurée par les districts sanitaires (DS) avec l'implication des acteurs communautaires notamment les ASBC et les animateurs des Organisations à base communautaire (OBC). Plusieurs programmes développent des volets communautaires en vue d'atteindre les objectifs fixés du pays. Mais les ASBC ne sont toujours pas formés sur les interventions déléguées en SR/PF à savoir la prescription initiale des pilules, l'administration des Depo-Medroxyprogestérone Acétate en sous cutané (DMPA-SC). Au niveau de la prise en charge de la malnutrition, cette activité n'est pas toujours effective au niveau communautaire. De même, le counseling VIH n'est pas pratiqué par les ASBC. Divers outils sont développés pour la mise en œuvre et le suivi des interventions.

Au niveau des Organisations de la société civile (OSC), les interventions communautaires sont essentiellement mises en œuvre par le biais de projets/programmes ou par l'approche contractuelle. Cette approche a permis à la société civile de mettre en œuvre des paquets

¹³ Profil de l'agent de santé à base communautaire (juin 2014) et stratégie nationale de santé communautaire au BF 2019-2023

d'activités de santé au sein de la communauté. Le volet communautaire de la santé est en pleine croissance.

3.2.3. Contexte épidémiologique

Le profil épidémiologique du pays est marqué par une morbidité et une mortalité élevées dues aux endémo-épidémies et à l'augmentation progressive des maladies non transmissibles. En effet, selon l'Enquête modulaire démographie et santé (EMDS) 2015, le taux de morbidité était de 10% et celui de la mortalité était de 11,8‰ (RGPH 2006) dans la population générale. Les principales maladies d'importance en santé publique demeurent le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, le VIH/Sida, les IST, la tuberculose, les maladies non transmissibles ainsi que les maladies tropicales négligées. La prévalence des maladies non transmissibles reste élevée comme l'atteste l'enquête STEPS réalisée en 2013 qui donne une prévalence de 17,6 % pour l'hypertension artérielle (HTA) et de 4,9 % pour le diabète¹⁴.

Malgré les progrès réalisés ces dernières années, la situation sanitaire reste toujours préoccupante comme le montrent les indicateurs suivants :

taux de mortalité générale	: 11,8 pour mille	(RGPH 2006)
ratio de mortalité maternelle	: 330 pour 100 000 naissances vivantes	(EMDS 2015)
taux de mortalité infantile	: 42,7 pour mille	(EMDS 2015)
taux de mortalité infanto-juvénile	: 81,6 pour mille	(EMDS 2015)
taux de mortalité néonatale	: 23,2 pour mille	(EMDS 2015)
taux global de fécondité générale	: 117 pour mille	(EMDS 2015)
taux de prévalence contraceptive moderne	: 30,7 pour cent	(PMA 2020 (2018))
prévalence de la malnutrition aigüe	: 8,4 pour cent	(Enquête nutritionnelle nationale, 2018)

Les mortalité et morbidité ci-dessus traduisent l'ampleur et la gravité des problèmes de santé. Les hémorragies, les infections, les dystocies, les avortements et les anémies constituent les principales causes de mortalité chez la femme. Le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la prématurité constituent les principales causes de décès chez le nouveau-né et l'enfant. Les taux élevés de mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile cités plus haut sont les conséquences de nombreux déterminants de la santé au niveau individuel, familial, communautaire et au niveau des services de santé. La délégation de tâches curatives et/ou promotionnelles favorables à la santé des mères et des nouveau-nés, au bénéfice d'une grande variété de catégories professionnelles non médicales, permettra d'améliorer l'accessibilité aux services de SR.

Dans le domaine de la planification familiale, le taux de prévalence contraceptive moderne de 30,7% reste toujours faible et les besoins non satisfaits en PF (23,3%) demeurent élevés. Il est reconnu que la PF permet d'améliorer la qualité de vie des femmes et des ménages, et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Elle est également une opportunité de croissance économique et de développement humain plus rapide, à travers la capture du dividende

¹⁴ Profil complet du BF, analyse socio-sanitaire du BF, OMS, 2017

démographique. L'un des défis dans le domaine de la PF réside dans l'offre et l'accès aux services de PF. En effet, il existe des obstacles géographiques, des barrières socio culturelles et financières, et une insuffisance en personnel qualifié et/ou autorisé à administrer les méthodes de PF.

Dans le domaine de la nutrition, la prévalence de la malnutrition aigüe reste toujours élevée passant de 8,2% en 2013 à 10,4% en 2015. Cette prévalence est de 7,5% en 2019¹⁵. Cette prévalence cache des disparités régionales. En effet, au sein des régions, plusieurs provinces présentent toujours des prévalences de malnutrition aiguë globale (MAG) supérieures au seuil d'urgence de l'OMS (10%)¹⁶. Par ailleurs, la situation sécuritaire a entraîné une dégradation de l'état nutritionnel des populations vivant dans les zones à fort défis sécuritaire avec des prévalences dépassant le seuil critique de 15% (Enquête nutritionnelle rapide, 2019).

Aussi, l'inaccessibilité géographique aux services de santé limite la prise en charge des cas.

Bien que les indicateurs de performance de la prise en charge de la malnutrition aigüe (MA) en ambulatoire soit en amélioration, des défis restent à relever par les acteurs pour la prise en charge en interne. En effet, les niveaux de couverture restent faibles (en 2017, les taux de dépistage de la malnutrition aigüe modérée (MAM) et de la malnutrition aigüe sévère (MAS) étaient respectivement de 36,2% et de 72,3%) et les taux de décès en interne restent encore élevés (10 % en 2017 dans les centres hospitaliers). Pour améliorer la performance des indicateurs, un renforcement du dépistage et de la prise en charge précoce des cas sont nécessaires d'où la nécessité de la délégation des tâches au sein des formations sanitaires (FS) et au niveau communautaire.

Dans le domaine du VIH, la prévalence estimée à 0,8% en 2017 cache des disparités au sein des populations. Certains groupes tels que les professionnels de sexe (5,4%), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (1,9%), les personnes vivant avec un handicap (4,6%) constituent les personnes les plus exposées au VIH. Ils constituent également des groupes par lesquels il y a des risques de rebond de l'épidémie en population générale. Cependant, ces groupes ont un accès limité aux services de santé. Par ailleurs, certaines régions du pays (Centre-ouest, Sud-ouest, Centre, Hauts-Bassins) ont toujours des prévalences assez préoccupantes¹⁷. Dans le cadre du triple objectif 90 de l'ONUSIDA, en 2019, on estime à 89,6% les PvVIH qui connaissent leur statut dont 76% sont sous ARV ; et 58% des personnes sous ARV ont leur charge virale supprimée (indétectable). Cependant, il persiste divers gaps pour la mise sous ARV en raison d'une faible accessibilité des PvVIH au traitement et d'une faible qualité de la prise en charge. Cette situation est en rapport surtout avec une insuffisance de personnel qualifié dans les formations sanitaires.

Chez les adolescents et les jeunes, la problématique de la santé de la reproduction s'exprime en termes de sexualité précoce, de grossesses précoces et/ou non désirées, d'avortements clandestins, de VIH/SIDA/IST/hépatites. Les jeunes sont également victimes du tabagisme, de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies.

¹⁵ Rapport Enquête nutritionnelle nationale, SMART 2013, 2015, 2017, 2018 et 2019, BF

¹⁶ Rapport Enquête Nutritionnelle Nationale, SMART2018, BF

¹⁷ Enquête bio-comportementale sur la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH 2017

La situation de la santé des personnes âgées est influencée par les affections liées au vieillissement ainsi qu'aux maladies non transmissibles.

Le mauvais état de santé des populations est lié à plusieurs facteurs souvent imbriqués qui contribuent à la faible utilisation des services de santé. Il s'agit entre autres de :

- la faible couverture en services de santé ;
- la faible accessibilité financière et géographique des services de santé ;
- l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières ;
- la mauvaise qualité des soins ;
- les barrières socioculturelles, juridiques et médicales ;
- la faible implication communautaire.

4. Analyse des ressources humaines en santé au Burkina Faso

L'effectif du personnel de santé (tous les emplois confondus) est en augmentation régulière ces dernières années pour la plupart des emplois. En effet, il est passé de près de 21 600 agents en 2013 à 23 000 en 2017. Les taux d'accroissement moyen annuel entre 2013 et 2017 sont plus importants dans les emplois de médecins, des IDE et des SFE/ME¹⁸.

La proportion des effectifs travaillant en milieu semi-urbain et milieu urbain est respectivement de 15,24% et 35,05% où réside moins de 20% de la population¹⁹. Entre 2003 et 2017, le recrutement massif d'agents de santé a permis d'accroître le taux de CSPS remplissant les normes minimales en personnel de 86,1% en 2003 à 91% en 2017²⁰. De ce fait, la plupart des formations sanitaires n'arrivent pas à fournir toutes les prestations définies dans leur paquet d'activités.

Tableau I : évolution des effectifs du personnel de soins par emploi de 2013 à 2017

Type de personnel	2013	2014	2015	2016	2017
Médecins (y compris les spécialistes)	665	772	1027	1023	1181
Pharmaciens	142	147	181	158	160
Infirmiers diplômés d'Etat (IDE)	3424	3659	4279	4569	5356
Infirmiers Brevetés (IB)	2644	2580	2511	2465	2048
Agents itinérants de santé	2231	2280	2703	2601	2231
Sages-femmes/ Maïeuticiens d'Etat (SFE/ME)	1573	1736	2366	2564	3329
Accoucheuses brevetés	174	176	170	187	242
Accoucheuses auxiliaires	2990	3040	3380	3281	2937

Source : Annuaire statistique 2017 du Ministère de la santé

En dehors des infirmiers brevetés et des accoucheuses auxiliaires qui sont des emplois en extinction, on observe une évolution à la hausse de l'effectif du personnel de soins. Cependant, la gestion des ressources humaines reste marquée par une grande mobilité du personnel et par la répartition déséquilibrée des ressources humaines au détriment des zones reculées.

¹⁸ Tableau de bord 2017 des indicateurs de santé du MS, BF

¹⁹ Profil sanitaire complet du BF, système de santé du BF, OMS, 2017

²⁰ Tableau de bord 2017 des indicateurs de santé du MS

Tableau II : ratio habitants par type de personnel de santé de 2013 à 2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Population	17 322 796	17 880 386	18 450 494	19 034 399	19 632 147
Ratio habitants/médecin	21 573	20 864	15 518	15 836	14 404
Ratio habitants/pharmacien	83 685	82 398	71 514	80 997	83 898
Ratio habitants/infirmier d'Etat	4 965	4 809	4 243	4 108	3 619
Ratio habitants/infirmier (IB+IDE)	2 796	2 812	2 669	2 663	2 610
Ratio habitant/SFE-ME	10 888	10 253	7 743	7 378	5 874

Source : Annuaire statistique 2017 du Ministère de la santé

A l'exception des pharmaciens, on constate une baisse des ratios personnels de soins /habitants. En dépit de cette évolution favorable, les ratios sont en dessous des normes internationales.

A cela s'ajoute une inégale répartition de ces ressources humaines, accentuée par la difficulté de fidéliser les agents dans les zones difficilement accessibles et en situation d'insécurité. En effet, 40% des médecins généralistes sont en activité dans la seule région du Centre où se trouve seulement 14% de la population totale. Seulement 12% des médecins spécialistes exercent dans les neufs (9) Centres hospitaliers régionaux (CHR)²¹. En outre 50% des personnels infirmiers et sages-femmes évoluent en zone rurale où réside 80% de la population. Les catégories professionnelles comme les IB, AB, AA et AIS représentent plus de 43% des effectifs et sont représentées au premier niveau de contact du système de soins (CSPS) du pays²².

5. Accessibilité géographique aux structures de soins

L'accessibilité géographique est un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque. Elle implique la notion de distance entre le lieu de résidence de l'usager et le centre de santé.

Au Burkina Faso, on dénombre en 2017 un total de 2 835 structures de soins toutes catégories confondues contre 2 646 en 2016, soit un taux d'accroissement de 7,1%. Le nombre de formations sanitaires publiques est de 2 218. L'augmentation des infrastructures est plus remarquable au niveau des CSPS qui sont passés de 1 760 en 2016 à 1 839 en 2017²³.

En 2017, la distance moyenne à parcourir pour atteindre la formation sanitaire la plus proche est de 6,5 km. Elle s'est améliorée de 0,2 km par rapport à 2016. En prenant en compte des structures privées, le rayon moyen d'action théorique (RMAT) passe à 6,0 km contre 6,1 km en 2016. L'objectif du PNDS était effectivement de 6 km en 2016.

Pour l'année 2017, seulement 3 régions (Centre, Nord et Plateau central) ont atteint l'objectif national du RMAT qui était de 5 km²⁴.

²¹ Profil sanitaire complet du BF, module 2, analyse du système de santé, OMS, mars 2017

²² Plan de passage à l'échelle nationale de la délégation de tâches dans le domaine de la PF, MS, BF

²³ Tableau de bord 2017 des indicateurs de santé du MS

²⁴ Annuaire statistique 2017 du MS

Tableau III : rayon moyen d'action théorique (en km sans le privé) par région sanitaire de 2013 à 2017

Régions	2013	2014	2015	2016	2017
Boucle du Mouhoun	7,3	7,2	7,0	6,9	6,6
Cascades	8,5	8,5	8,5	8,0	7,7
Centre	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Centre Est	5,8	5,7	5,7	5,6	5,5
Centre Nord	6,8	6,7	6,6	6,5	6,3
Centre Ouest	6,3	6,2	6,1	5,8	5,7
Centre Sud	5,7	5,6	5,6	5,4	5,3
Est	10,9	10,9	10,6	10,4	10,2
Hauts Bassins	7,0	7,0	6,9	6,7	6,6
Nord	5,0	5,0	5,0	5,0	4,9
Plateau Central	4,6	4,6	4,4	4,3	4,3
Sahel	11,5	11,3	11,2	10,8	10,5
Sud-Ouest	7,2	6,8	6,8	6,6	6,5
Burkina Faso	7,0	6,9	6,8	6,7	6,5

Source : Annuaire statistique du Ministère de la santé 2017

Comme le montre le tableau ci-dessus, le RMAT varie de 2,8 km dans la région du Centre à 10,5 km dans la région du Sahel en 2017. En dehors des régions du Centre, du Nord et du Plateau central, toutes les autres régions ont un RMAT au-dessus de 5 km. Au cours des cinq dernières années, on note une diminution progressive du RMAT à l'échelle du pays.

La population vivant à moins de 5 km d'une formation sanitaire représente 57,9% de la population totale. Cette proportion a peu évolué par rapport à 2016 où elle était de 57,8%. Plus de 20% de la population parcourt au moins 10 km pour atteindre une formation sanitaire. Près de la moitié de la population habite à 10 km ou plus d'un centre de santé dans les régions de l'Est (47,2%) et du Sahel (46,2%).²⁵

6. Synthèse des principaux constats de l'analyse

- ✓ L'insuffisance et l'inégale répartition en personnels qualifiés ne permettent pas d'assurer les prestations de soins et de services de qualité aux populations dans les domaines promotionnels, préventifs et curatifs ;
- ✓ L'inaccessibilité géographique et financière des formations sanitaires ne permet pas aux populations d'avoir accès à des soins et services de santé de qualité aux différents niveaux du système de santé ;
- ✓ L'insuffisance dans le développement des interventions en santé communautaire (promotionnelles, préventives et curatives) ne favorise pas une offre complète de soins et services de santé aux populations.

7. Formulation du problème central

L'offre des soins et services de santé aux populations notamment en zone rurale est insuffisante dans les domaines de la santé de la reproduction, de la planification familiale, du VIH/Sida et de la nutrition. Cette insuffisance s'exprime en termes de complétude du paquet d'interventions requis, de la qualité requise des soins et de l'inaccessibilité des populations

²⁵ Tableau de bord des indicateurs de santé, MS, 2017

aux soins aussi bien dans les centres de santé qu'en communauté.

La raison probable de cette situation serait l'insuffisance des ressources humaines en santé en nombre et en qualité ainsi que le faible développement de la délégation de tâches y compris l'auto soins en santé et les soins de premier recours dans les dépôts et officines pharmaceutiques privés. La conséquence qui en résulte sur le plan sanitaire est la persistance du niveau élevé de morbidité et de mortalité au sein des populations. L'une des solutions à ce problème serait l'extension du paquet de soins dans les structures de santé et en communauté. Cette extension pourrait se faire par la délégation des tâches en santé y compris l'auto-soins.

8. Rappel de la Vision, du but, des fondements, valeurs, principes et objectifs de la politique nationale en santé

a. Vision

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

b. Fondements, valeurs et principes

Les fondements de la politique nationale de santé sont basés sur la Constitution et les engagements du Burkina Faso vis-à-vis de la communauté internationale, de par son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé. Ces instruments sont entre autres, la Déclaration universelle des droits de l'Homme, la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Déclaration du millénaire pour le développement, la Déclaration des Chefs d'Etat de l'Union africaine (UA) sur « la santé, base du développement » et sur le Sida.

Au plan national, le pays a adopté des textes et politiques traduisant la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations. Ces textes sont relatifs aux Codes de la santé publique, des personnes et de la famille, de l'environnement et de l'eau, à la Politique nationale genre, la Politique nationale de population, la politique nationale de nutrition, la Loi sur la santé de la reproduction et celle relative à l'infection à VIH.

Les valeurs qui sous-tendent le présent document d'orientation de la délégation de tâches sont : l'équité, la justice sociale, la solidarité, l'obligation de rendre compte, l'éthique, la probité, le respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des usagers, le droit des populations à l'information sur la santé ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance.

Le Burkina Faso a adhéré aux soins de santé primaires dont les principes sont : l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience des soins de santé, la réactivité des services de santé, l'accès universel aux soins, la coordination et la collaboration intersectorielle, la participation individuelle et collective.

9. Principes directeurs de la délégation des tâches

- **Renforcement des compétences**

La légitimité de la délégation viendra du renforcement des compétences des délégataires. Il est indispensable d'assurer une meilleure formation des acteurs médicaux, les infirmiers et les sages-femmes, les agents de première ligne et les personnels de pharmacie susceptibles de réaliser les tâches déléguées. Le personnel du niveau communautaire concerné par la délégation de tâches doit recevoir une formation spécifique aux responsabilités qu'on se propose de lui confier. Ce personnel comprend les Agents de santé communautaires (ASC), les Agents de santé à base communautaire (ASBC) et les clientes elles-mêmes.

- **Confiance**

La délégation des tâches, pour être efficace et efficiente, doit impérativement s'appuyer sur une collaboration étroite entre les différents acteurs. Il s'agit de faire accomplir une mission par une personne à qui cette fonction n'est pas dévolue ordinairement, ou qui n'entre pas dans ses attributions au regard de sa qualification. Encadrée correctement, la délégation peut conduire le délégant à renforcer sa confiance envers son collaborateur, qui à son tour peut prendre confiance en ses propres capacités.

- **Définition du champ de compétence des acteurs**

Les textes réglementaires doivent être pris pour décrire les contours des tâches dans leurs grands principes. Ces textes permettent aux délégataires d'exercer leur profession pleinement en fonction d'une compétence acquise au travers d'une formation.

- **Disponibilité**

La disponibilité est un facteur de succès pour le délégataire et le délégant. Le délégant doit assurer une supervision formative à l'endroit du délégataire pour l'accomplissement de ses nouvelles tâches. Cette délégation devient ainsi un outil de motivation ou de valorisation pour le délégataire.

- **Humilité**

L'organisation de la délégation de tâches doit s'inscrire dans une politique qui valorise les prestataires (délégant et délégataire) et garantit la qualité de l'acte médico-technique. La délégation ne doit pas être pour le délégataire l'occasion d'outrepasser les prérogatives déléguées ni de se prévaloir des qualifications du délégant.

- **Le système de référence et contre référence**

Ce principe doit être respecté afin d'assurer la formation continue, un meilleur encadrement du délégataire et une meilleure prise en charge des cas.

- **Suivi et supervision**

Le suivi doit être régulièrement exécuté pour permettre de mesurer à temps les écarts, de corriger les insuffisances constatées et de prodiguer des encouragements aux délégataires.

La supervision doit être systématique pour s'assurer que le délégataire exécute les tâches de façon convenable. Des supervisions spécifiques doivent être apportées pour renforcer davantage les compétences des délégataires.

- **Limitation de la délégation des tâches dans le temps et dans l'espace**

La délégation des tâches entre professionnels de santé doit être limitée dans le temps et dans l'espace. Elle n'est, en aucun cas, permanente. Cette délégation est valable lorsque que les normes en personnel de santé qualifié ne sont pas atteintes.

10. But

Le but du document d'orientation sur la délégation des tâches est de contribuer au bien-être des populations.

11. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'accessibilité des soins de santé à travers la délégation des tâches dans les domaines de santé de la reproduction, de la planification familiale, du VIH/Sida et de la nutrition.

12. Résultats

- **Impact**

L'état de santé des populations est amélioré à la fin de la mise en œuvre de la délégation des tâches.

- **Effets**

L'accès et la disponibilité des services sont améliorés à la fin de la mise en œuvre de la délégation des tâches.

- **Produits**

- ✓ Les acteurs mettent en œuvre la délégation des tâches au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire ;
- ✓ Les formations sanitaires et le niveau communautaire disposent des capacités pour la mise en œuvre des tâches déléguées ;
- ✓ La coordination et le suivi/évaluation de la mise en œuvre de la délégation des tâches sont assurés.

13. Chaine des résultats de la délégation des tâches au BF

Tableau IV : Chaine des résultats

Produits	Effet	Impact
Les acteurs mettent en œuvre la délégation des tâches au niveau des structures de santé et au niveau communautaire	L'accès et la disponibilité des services sont améliorés	L'état de santé des populations est amélioré
Les structures de santé et le niveau communautaire disposent des capacités pour la mise en œuvre des tâches déléguées		
La coordination et le suivi/évaluation de la mise en œuvre de la délégation des tâches sont assurés		

14. Cadre logique de la délégation des tâches en SR/PF/VIH/Nutrition

Logique d'intervention	Indicateurs	Source de vérification	Hypothèses/risques	Actions prioritaires
Impact : L'état de santé des populations est amélioré	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de morbidité • Taux de mortalité maternelle • Taux de mortalité infanto-juvénile 	RGPH, EDS, EMC, autres enquêtes	Disponibilité des données	
Effet : L'accès et la disponibilité des services sont améliorés	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de nouveaux contacts par enfant de moins de 5 ans et par an • Prévalence contraceptive • Besoins non satisfaits en PF • Séroprévalence de l'infection à VIH dans la population générale • Taux de guérison de la MAS 	Annuaire statistiques du MS EDS PMA 2020 EMC Rapport ONUSIDA	Disponibilité des données	
Produit 1 : Les acteurs mettent en œuvre la délégation des tâches au niveau des structures de santé et au niveau communautaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des tâches déléguées mises en œuvre par les délégués • Proportion de districts couverts en auto-injection au DMPA-SC • Nombre d'utilisatrices du DMPA-SC en auto-injection • Proportion des dépôts et officines pharmaceutiques offrant le DMPA-SC • Nombre d'utilisatrices ayant bénéficié du DMPA-SC au niveau des dépôts 	Rapports d'activités	Formation des acteurs Disponibilité des données	

	<p>et officines pharmaceutiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'ASBC appliquant la délégation des tâches. 			
<p>Produit 2 : Les structures de santé et le niveau communautaire disposent des capacités pour la mise en œuvre des tâches déléguées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des tâches déléguées à travers un texte ; • Proportion de structures de santé appliquant la délégation des tâches ; • Proportion de villages (niveau communautaire) appliquant la délégation des tâches 	<p>Rapports d'activités</p> <p>Rapports d'enquête</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion des acteurs • Disponibilité des ressources • Situation sécuritaire améliorée 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des délégataires et leur structure sanitaire • Adopter les textes règlementaires pour encadrer la délégation des tâches
<p>Produit 3 : La coordination et le suivi/évaluation de la mise en œuvre de la délégation des tâches sont assurés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cadres de concertation statutaires tenus prenant en compte la délégation des tâches • Proportion de structures documentant la délégation des tâches 	<p>Rapports de sessions des cadres de concertation</p>	<p>Disponibilité des acteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un plaidoyer pour la prise en compte de la délégation dans les cadres statutaires du Ministère • Collecter et analyser les données sur la délégation des tâches • Présenter les données de la délégation des tâches lors des cadres statutaires

15. Domaines de la délégation de tâches

Les domaines retenus pour la délégation de tâches en santé au Burkina Faso sont la santé de la reproduction, la planification familiale, le VIH/Sida et la nutrition.

a. La santé de la reproduction

Dans le domaine de la santé de la reproduction, le Burkina Faso a retenu cinq (05) volets que sont (i) la santé de la femme, (ii) la santé de l'enfant, (iii) la santé des adolescents et des jeunes, (iv) la santé de l'homme, (v) la santé des personnes âgées. La délégation des tâches dans ce domaine concerne les prestations de ces volets.

b. La planification familiale

Dans le domaine de la planification familiale, la délégation des tâches a été identifiée comme une stratégie innovante pouvant contribuer substantiellement à l'amélioration de l'accès des populations aux services de planification familiale. Cette délégation consistera à permettre à aux agents de première ligne (AB, IB, AIS, AA, ASC) d'offrir des méthodes de longue durée réversibles (implants et DIU) et aux agents de santé à base communautaire (ASBC) d'initier l'offre des pilules et l'administration du Depo-Medroxyprogestérone Acétate injectable en sous cutané (DMPA-SC). Elle intègre également la délégation ultime à la cliente elle-même (auto-injection).

Pour le personnel de pharmacie, il s'agit du réapprovisionnement et l'administration du DMPA-SC.

c. Le VIH/Sida

Dans le domaine du VIH/Sida, la délégation est reconnue comme une stratégie pour accélérer la décentralisation de la prise en charge médicale des PvVIH. Au Burkina Faso, une délégation encadrée par les médecins de la prescription des ARV aux infirmiers et sages-femmes a été adoptée comme une stratégie d'accélération de l'accès aux ARV par les PvVIH. Elle consiste, en plus de la prescription des ARV à confier d'autres prestations dans cette prise en charge comme l'éducation thérapeutique du PVVIH et la prise en charge des co-infections.

Au niveau communautaire, l'auto dépistage du VIH est un processus par lequel la personne prélève elle-même l'échantillon (fluide oral ou sang), effectue le test pour le VIH, puis interprète son résultat, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance.

d. La nutrition

Au Burkina Faso, les facteurs déterminants de la malnutrition sont liés entre autres aux mauvaises pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément, à la précarité des soins apportés aux enfants, à la persistance des maladies parasitaires et infectieuses, au faible accès des services de santé. Ces déterminants révèlent que la malnutrition est un problème transversal dont le dénouement requiert des actions multiformes et multisectorielles. Ainsi, dans le domaine de la nutrition, les actions sanitaires peuvent provenir du personnel des formations sanitaires mais également des agents de santé à base communautaire.

Au niveau des formations sanitaires, la délégation de tâches consistera à identifier les interventions de prise en charge de la malnutrition aiguë telles que le dépistage de la malnutrition aiguë, le traitement des maladies associées pouvant être confiées aux délégataires. En milieu communautaire, il s'agira d'identifier les prestations comme le dépistage des carences nutritionnelles courantes, le dépistage de la malnutrition aiguë pouvant

être confiées aux ASBC. Cette délégation de tâches est sous la supervision des médecins, des nutritionnistes, des infirmiers ou de la sage-femme en fonction du niveau de soins.

16. Délégation des prestations de soins par domaine

La délégation des tâches ne change pas le niveau de prestations.

Les différentes prestations par domaine et par type de catégories professionnelles sont précisées dans les tableaux V et VI.

Tableau V: Tâches déléguées entre délégant et délégataire au niveau des formations sanitaires

Domaine d'interventions	Délégant	Délégataire	Tâches déléguées
1. SANTE DE LA REPRODUCTION			
• SANTE DE LA FEMME			
Consultations pré-conceptionnelles	Médecin SFE/ME IDE	AB AA IB	Counseling/référence
Consultations prénuptiales	Médecin	SFE/ME IDE AB IB AA	Counseling/référence
Interruption sécurisée de la grossesse selon la législation en vigueur	Médecin	SFE/ME	AMIU Méthode médicamenteuse (misoprostol, misoprostol + mifepristone) Counseling Offre d'une contraception post avortement
Soins prénatals	Médecin Nutritionnistes SFE/ME IDE IB AB AA	AIS/ASHC/ASC	Counseling (Préparation à l'accouchement et aux urgences, alimentation de la femme enceinte, la mise au sein précoce, l'allaitement exclusif), TPI, Supplémentions en fer+ acide folique, Vaccination Identification et surveillance des signes de danger Référence
	Médecin	SFE/ME	Echographie de base
Accouchement dystocique	Médecin SFE/ME	IDE AB	Accouchement non instrumenté
Les soins prénatals dans l'eTME	Médecin Nutritionnistes SFE/ME IDE IB AB	AIS/ASHC/ASC	Counseling (préparation à l'accouchement et aux urgences, alimentation de la femme enceinte, la mise au sein précoce, l'allaitement exclusif), TPI,

Domaine d'interventions	Délégant	Délégataire	Tâches déléguées
	AA		Supplémentations en fer + acide folique, Vaccination, Identification et surveillance des signes de danger Dépistage VIH Conseils référence
Soins néonataux essentiels	Médecin SFE/ME IDE IB AB AA	AIS/ASHC/ASC	Identification des signes de danger et référence
Prise en charge des complications de la grossesse	Médecin SFE/ME AB	IDE IB AA	Administration du sulfate de magnésium si nécessaire Référence
Soins après avortement (SAA)	Médecin SFE/ME AB	IDE	AMIU Prise en charge médicamenteuse (misoprostol)
		IB AA	Counseling SAA Counseling PF avec offre de méthode Lien avec les autres services de SR Lien avec la communauté AMIU Prise en charge médicamenteuse (misoprostol)
Prise en charge des complications de l'accouchement et du post partum	Médecin SFE/ME	IDE IB AB AA	Prise en charge des hémorragies de la délivrance, Prise en charge des infections, Identifier et référer les autres complications
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Médecin SFE/ME IDE IB AB	AA	Administration parentérale ATB, Administration parentérale, d'anticonvulsivant Evacuation utérine, Réanimation du nouveau-né avec masque
Soins obstétricaux néonataux d'urgence complets (SONUC)	Médecin	SFE/ME IDE AB IB	Transfusion sanguine
		ASSOG ATS/chirurgie	Césarienne
Prise en charge de dysfonctionnements sexuels de la femme	Médecin SFE/ME	IDE IB AB	Counseling Référence

Domaine d'interventions	Délégrant	Délégataire	Tâches déléguées
		AA	
Prise en charge de la ménopause	Médecin SFE/ME	IDE IB AB AA	Counseling Référence
Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus	Médecin SFE/ME	IDE IB AB AA	Counseling Dépistage par inspection visuelle (IVA, IVL) Référence
• SANTE DE L'ENFANT			
Prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant (PCIME)	Médecin SFE/ME IDE IB AB	AIS/ASHC/ASC	Prise en charge intégrée
• SANTE DES ADOLESCENTS (ES) ET DES JEUNES			
Diagnostic et prise en charge des IST	Médecin IDE SFE/ME IB AB AA	AIS/ASHC/ASC	Diagnostic Traitement Référence
La pratique de l'interruption sécurisée de la grossesse selon la législation en vigueur	Médecin	SFE/ME	AMIU, Méthode médicamenteuse (misoprostol, misoprostol + mifepristone), Counseling, Offre d'une contraception en post avortement
Les soins après avortement (SAA)	Médecin SFE/ME AB	IDE	AMIU, Prise en charge médicamenteuse (misoprostol)
		AA IB	Counseling SAA, Counseling PF avec offre de méthode contraceptive, Lien avec les autres services de SR, Lien avec la communauté, AMIU, Prise en charge médicamenteuse (misoprostol)
La prise en charge des adolescents/jeunes vivant avec le VIH	Médecin	SFE/ME IDE IB AB	Prescription ARV
		AA AIS/AISHC/ASC	Counseling, Dépistage, Observance au traitement, Référence

Domaine d'interventions	Délégrant	Délégataire	Tâches déléguées
La contraception y compris la contraception d'urgence	Médecin SFE/ME IDE IB AA AB	AIS/AISHC/ASC	Offre de toutes les méthodes sauf la CCV
Diagnostic et prise en charge des carences nutritionnelles	Médecin Nutritionniste SFE/ME IDE IB AB	AA AIS/ASHC/ASC	Mesures anthropométriques et interprétation y compris l'IMC, Traitement des MAM et MAS sans complications, Conseils nutritionnels, Référence
Diagnostic et prise en charge du surpoids et de l'obésité	Médecin Nutritionniste SFE/ME IDE	IB AB AA	Mesures anthropométriques et interprétation y compris l'IMC, Conseils nutritionnels, Référence
Soutien psychologique	Médecin SFE/ME IDE	IB AB AA AIS/ASHC/ASC	Soutien, Référence
Prise en charge des addictions (tabac, alcool, drogue)	Médecin SFE/ME IDE	IB AIS AA AB	Conseils, Référence
Diagnostic et prise en charge des violences basées sur le genre	Médecin SFE/ME IDE	IB AA AB	Diagnostic, Prise en charge, Référence
• SANTE DES PERSONNES AGEES			
Prise en charge des affections dégénératives (arthroses, démence sénile, malnutrition)	Médecin Nutritionniste IDE SFE/ME	IB AB	Prise en charge, Conseils hygiéno-diététiques Référence
Prise en charge des maltraitances	Médecin IDE SFE/ME	IB AB	Prise en charge, Référence
2. PLANIFICATION FAMILIALE			
Insertion et retrait de l'implant	Médecin SFE/ME IDE	AB IB AA AIS/ASHC/ASC	Insertion, Retrait Counseling, Référence
Insertion et retrait du dispositif intra-utérin (DIU)	Médecin SFE/ME IDE	AB IB AA AIS/ASHC/ASC	Insertion, Retrait, Counseling, Référence
Administration des contraceptifs	Médecin SFE/ME	AIS/AISHC/ASC Personnels de	Injection, Counseling,

Domaine d'interventions	Délégrant	Délégataire	Tâches déléguées
injectables	IDE AB IB AA	pharmacie	Référence
Gestion des effets secondaires des contraceptifs	Médecin SFE/ME IDE	AB IB AA AIS/ASHC/ASC	Counseling, Référence
Consultation de suivi	Médecin SFE/ME IDE AB IB AA	AIS/ASHC/ASC	Counseling, Référence
3. VIH/SIDA			
Diagnostic et traitement du VIH des infections opportunistes	Médecin SFE/ME IDE AB IB	AA AIS/ASHC/ASC	Diagnostic, Traitement, Counseling, Référence
Prescription des ARV et des médicaments des IO	Médecin		Prescription des ARV et des médicaments des IO Dispensation
Suivi clinique des PvVIH sous ARV	Médecin	SFE/ME IDE IB AB	Suivi clinique
Education thérapeutique du PvVIH	Médecin	SFE/ME IDE IB AB AIS/ASHC/ASC	Observance thérapeutique, Soutien psychosocial, Education nutritionnelle du PvVIH
Prise en charge des co-infections	Médecin	SFE/ME IDE AB IB	Counseling, Diagnostic, Traitement, Référence
Prophylaxie post exposition au VIH	Médecin	SFE/ME IDE AB IB	Mesures immédiates (protocole) Immédiates, Mise sous traitement ARV
Conseil dépistage du VIH	SFE/ME IDE IB AB AA	AIS/ASHC/ASC	Counseling et dépistage
4. NUTRITION			
Dépistage et triage des cas de malnutrition aigue	Médecin Nutritionniste SFE/ME IDE IB	AB AA AIS/ASHC/ASC	Interprétation des valeurs, Confirmation des cas

Domaine d'interventions	Délégrant	Délégataire	Tâches déléguées
Traitement des maladies associées	Médecin SFE/ME IDE IB	AB AA AIS/ASHC/ASC	Prise en charge des infections associées, Prise en charge des cas de paludisme, Référence des cas
Prise en charge des cas de malnutrition aigüe modérée (MAM)	Médecin Nutritionniste SFE/ME IDE IB	AB AA AIS/ASHC/ASC	Admission des cas, Suivi clinique des cas toutes les 2 semaines, Suivi nutritionnel des cas toutes les 2 semaines
Prise en charge ambulatoire des cas de malnutrition aigüe sévère (MAS)	Médecin Nutritionniste SFE/ME IDE IB	AB AA AIS/ASHC/ASC	Admission des cas, Suivi clinique hebdomadaire des cas, Suivi nutritionnel hebdomadaire des cas
Prise en charge des cas compliqués	Médecin Nutritionniste SFE/ME IDE IB AB	AA AIS/ASHC/ASC	Diagnostic, Référence

Tableau VI : Tâches déléguées entre délégrant et délégataire au niveau communautaire

Domaine d'interventions	Délégrant	Délégataire	Tâches déléguées
1. SANTE DE LA REPRODUCTION			
• SANTE DE LA FEMME			
Surveillance prénatale	SFE/ME AB AA IDE IB AIS/ASHC/AS C	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche active des femmes absentes au RDV et des perdues de vue aux soins prénatals (SPN) • Accompagnement de la femme enceinte et le suivi de la grossesse • Distribution et suivi de l'utilisation des MILDA, fer + acide folique, SP (réapprovisionnement) • Identification et résolution des problèmes liés à la non pratique de l'allaitement exclusif pendant la grossesse • Préparation à l'accouchement et aux urgences • Suivi du calendrier vaccinal de la femme enceinte
Consultation	SFE/ME	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> • Détection précoce de signes de

Domaine d'interventions	Délégant	Délégataire	Tâches déléguées
postnatale	AB AA IDE IB AIS/ASCH/AS C		danger chez la mère et le nouveau-né ainsi que des malformations et référence <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de la pratique de l'allaitement exclusif • Rappel du respect du calendrier des consultations post natales
• SANTE DE L'ENFANT			
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans la communauté	SFE/ME AB AA IDE IB AIS/ASCH/AS C	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic et traitement du paludisme simple, • Diagnostic et traitement de la pneumonie, • Diagnostic et traitement de la diarrhée • Référence
• SANTE DES ADOLESCENTS (ES) ET JEUNES			
Contraception chez les jeunes	SFE/ME AB AA IDE IB AIS/ASHC/AS C	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling en PF • Prescription initiale des contraceptifs oraux • Administration du DMPA SC
Prise en charge des addictions	SFE/ME AB AA IDE IB AIS/ASHC/AS C	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> • Conseils sur l'hygiène de vie (tabac, alcool, drogue)
Diagnostic et prise en charge des violences basées sur le genre	SFE/ME AB AA IDE IB AIS/ASHC/AS C	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic • Conseils • Référence
2. PLANIFICATION FAMILIALE			
Consultation PF	SFE/ME AB AA IDE IB AIS/ASHC/AS C	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling en PF • Prescription initiale des contraceptifs oraux • Administration du DMPA SC

Domaine d'interventions	Délégrant	Délégataire	Tâches déléguées
Administration des contraceptifs injectables	Médecin SFE/ME IDE AB IB AA AIS/AISHC/A SC Personnels de pharmacie	Clientes	<ul style="list-style-type: none"> DMPA SC
3. VIH/SIDA			
Conseil dépistage du VIH	SFE/ME AB AA IDE IB AIS/ASHC/AS C	ASBC Agents de l'action sociale ONG et associations	Sensibilisation pour le dépistage
Education nutritionnelle du PvVIH	SFE/ME AB AA IDE IB AIS/ASHC/AS C	ASBC	Conseils nutritionnels
Diagnostic et traitement du VIH et des infections opportunistes	AA AIS/ASHC/AS C	ASBC Beneficiaries	Auto-test du VIH, Dispensation
4. NUTRITION			
Le dépistage des carences nutritionnelles courantes	IDE SFE/ME IB AB AA AIS/ASHC/AS C	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage de l'avitaminose A, Dépistage de l'anémie, Dépistage de la carence en iode, Référence vers les CSPS.
Dépistage de la malnutrition aigüe	IDE SFE/ME IB AB AA AIS/ASHC/AS C	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> Mesure du périmètre brachial Recherche des œdèmes bilatéraux Evaluer l'état nutritionnel Classer l'état nutritionnel Référence des malnutris vers les CSPS
Prise en charge des cas de malnutrition aigüe modérée (MAM)	IDE SFE/ME IB AB AA AIS/ASHC/AS	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> Suivi nutritionnel des cas Référence

Domaine d'interventions	Délégrant	Délégataire	Tâches déléguées
	C		
Prise en charge ambulatoire des cas de malnutrition aigüe sévère (MAS) sans complication	IDE SFE/ME IB AB AA AIS/ASHC/AS C	ASBC	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi nutritionnel des cas • Référence

17. Mécanismes de coordination et de mise en œuvre

a. La Coordination

La coordination de la délégation des tâches doit veiller à ce que tous les acteurs assument pleinement leurs responsabilités à tous les niveaux du système de santé. Elle tiendra compte des menaces et des contraintes identifiées par les parties prenantes. Elle repose sur un dispositif institutionnel performant qui assurera le suivi de son exécution. Sur le plan institutionnel, elle regroupera divers acteurs dont les rôles sont définis dans le tableau ci-après.

Tableau VII: cadre institutionnel, acteurs et responsabilités dans la coordination de la délégation des tâches

Acteurs	Responsabilités
Niveau central	
DGESS	<ul style="list-style-type: none"> • Capitaliser les bonnes pratiques et les stratégies innovantes en matière de délégation de tâches ; • Coordonner les évaluations nécessaires à la pratique de la délégation des tâches en santé.
DGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner la régulation de l'offre de soins en veillant à l'application de la réglementation et des normes en matière de la délégation des tâches ; • Coordonner et suivre la mise en œuvre de l'assurance de la qualité des soins et de la sécurité des patients en matière de délégation de tâches
DGAP	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en produits de santé dans le cadre de la délégation des tâches
DGSP	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la promotion de la délégation des tâches ; • Coordonner l'élaboration des textes réglementaires pour l'opérationnalisation de la délégation des tâches
Niveau intermédiaire	
Direction régionale de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à la mise en œuvre de la délégation des tâches au niveau régional ; • Prendre les mesures correctrices pour la bonne mise en œuvre de la délégation des tâches ; • Coordonner la collecte des données nécessaires au suivi de la mise en œuvre de la délégation en tâches

Niveau opérationnel	
District sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à la mise en œuvre de la délégation des tâches au niveau district ; • Coordonner la collecte des données nécessaires au suivi de la mise en œuvre de la délégation en tâches
Formation sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à la mise en œuvre de la délégation des tâches dans la formation sanitaire et au niveau communautaire ; • Collecter les données nécessaires au suivi de la mise en œuvre de la délégation en tâches dans la formation sanitaire et au niveau communautaire.

b. Suivi et évaluation

Le suivi-évaluation de la délégation des tâches se fera à travers les mécanismes existants pour le suivi du PNDS notamment les sessions statutaires ou extraordinaires des comités de suivi :

- Au niveau central : il s'agira du CASEM, du cadre sectoriel de dialogue, des groupes thématiques, des équipes fonctionnelles, les sorties conjointes de suivi du PNDS impliquant les partenaires techniques et financiers.
- Au niveau régional : les cadres de suivi sont le comité technique régional de santé (CTRS), le conseil de direction, le comité régional de suivi du PNDS ;
- Au niveau district : ce sont le conseil de santé de district (CSD), les réunions ECD/ICP, ECD/ICP/COGES.

Une évaluation de la délégation des tâches en SR/PF/VIH/Nutrition sera faite après les cinq (05) premières années de sa mise en œuvre.

c. Conditions de succès

La mise en œuvre de la délégation des tâches est tributaire de la stabilité politique, d'un engagement fort du gouvernement, d'une adhésion de tous les acteurs de développement et de l'engagement des partenaires techniques et financiers.

Par ailleurs, une mise en œuvre efficace de la délégation de tâches nécessite :

- un encadrement administratif et juridique par l'élaboration des textes règlementaires en la matière ;
- un renforcement des capacités des acteurs et du système de santé ;
- une adhésion de tous les acteurs notamment les sociétés savantes et les ordres professionnels ;
- une disponibilité des produits et technologies de santé ;
- un renforcement des effectifs dans les formations sanitaires et en communauté par la cartographie des agents et des profils existants de sorte à dégager les GAPS en matière de compétence;
- une prise en compte des activités de la délégation des tâches dans les plans d'action à tous les niveaux du système de santé ;
- une intégration du coaching, de la supervision et de l'évaluation continue des délégataires dans les plans d'action ;
- une implication des associations, des collectivités territoriales, des responsables religieux et coutumiers dans la mise en œuvre de la stratégie.

d. Contraintes

Les contraintes de la mise en œuvre de la délégation des tâches sont essentiellement liées au contexte de pauvreté dans lequel vit la majorité de la population, au faible niveau d'éducation des populations, à la persistance de pratiques néfastes à la santé. A cela, il faut ajouter les contraintes internes au secteur de la santé en rapport avec l'insuffisance des ressources surtout financières.

e. Menaces

La mise en œuvre de la délégation des tâches pourrait être entravée par l'insécurité, l'instabilité sociale et institutionnelle.

Conclusion

La délégation des tâches constitue l'une des stratégies susceptibles d'améliorer l'utilisation des ressources humaines en santé. Elle permettra de renforcer les compétences des agents de santé pour la réalisation des tâches déléguées. Ce document d'orientation sur la délégation de tâches dans le domaine de la santé de la reproduction, de la planification familiale, du VIH/sida et de la nutrition constitue une référence aux divers acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Dans chacun de ces domaines, des agents des structures de santé et des acteurs communautaires seront formés pour des prestations auxquelles ils n'avaient pas la compétence ou l'autorisation d'exercer. Au titre des acteurs communautaires, on note la formation des clients pour les questions spécifiques de l'auto-soin.

La bonne coordination de la mise en œuvre à travers des cadres normatifs sécurisés et structurés et des actions de toutes les parties prenantes ainsi qu'un bon suivi/évaluation permettront d'atteindre une meilleure mise en œuvre.

Références

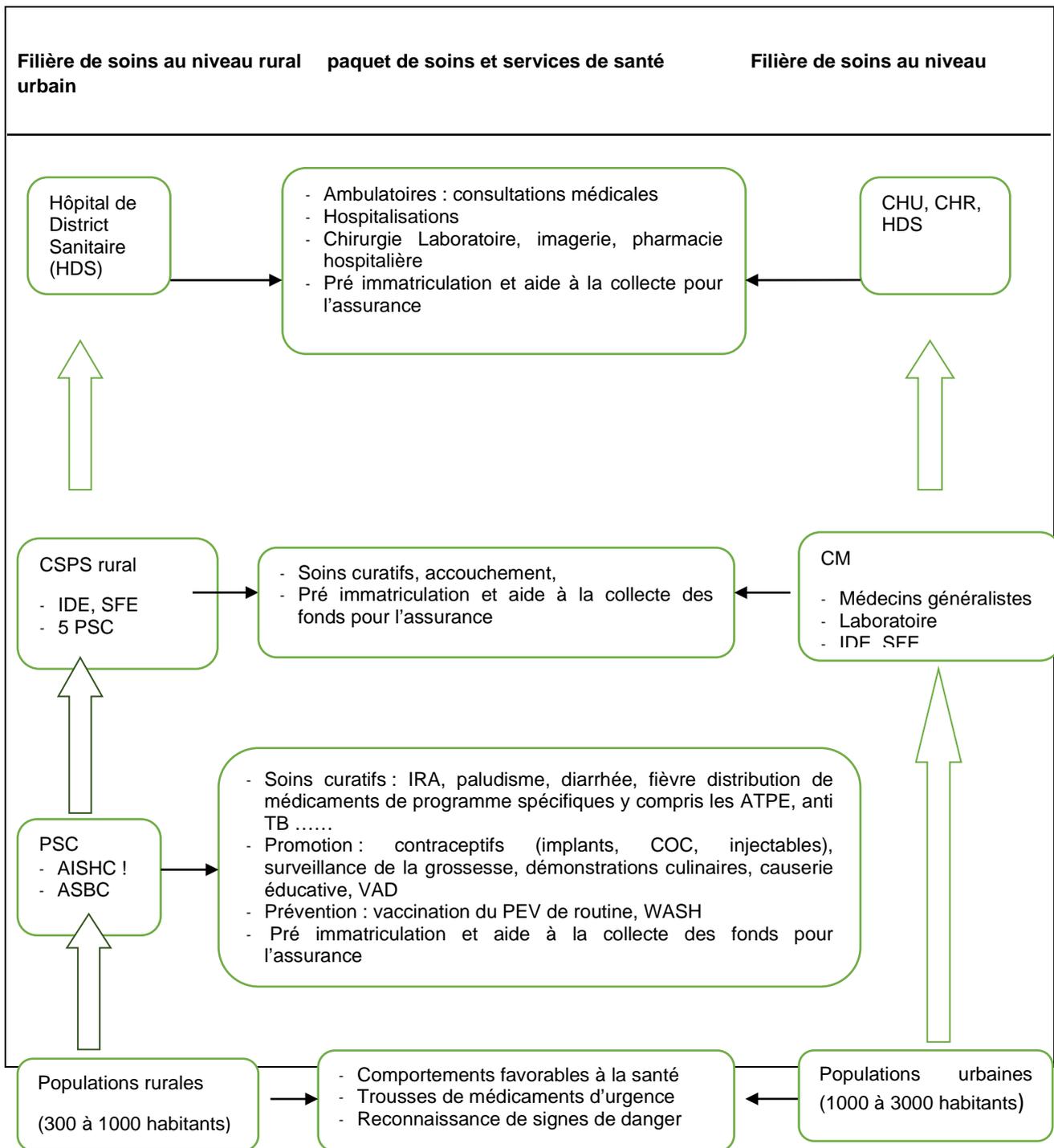
1. Premier ministre (2016), Plan national de développement économique et social (PNDES), BF ;
2. Ministère de la Santé (2017), Politique sectorielle de la santé 2017-2026, BF ;
3. Ministère de la Santé (2010), Politique nationale de santé, BF ;
4. Ministère de la Santé (2017), Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2017-2026, 2^{ème} tranche, BF ;
5. Ministère de la Santé (2018), Tableau de bord 2017 des indicateurs de santé, BF ;
6. Ministère de la Santé (2018), Politique et normes en matière de santé de la reproduction, BF ;
7. Ministère de la Santé (2018), Plan de passage à l'échelle nationale de la délégation des tâches dans le domaine de la planification familiale, BF ;
8. Ministère de la Santé (2017), Evaluation du projet pilote de délégation des tâches pour l'offre des méthodes contraceptives dans les districts sanitaires de Dandé et de Tougan Rapport final, BF ;
9. Ministère de la Santé (2017), DGESS, annuaire statistique de 2017, BF ;
10. OMS (2017), profil sanitaire complet du BF, module 1, situation socio-sanitaire du Burkina Faso et mise en œuvre des ODD, mars 2017 ;
11. OMS (2017), profil sanitaire complet du BF, module 2, système de santé du Burkina Faso, mars 2017 ;
12. OMS (2017), profil sanitaire complet du BF, module 3, programmes et services spécifiques de santé au Burkina Faso, mars 2017 ;
13. MS (2016), politique nationale de nutrition, BF, 2016 ;
14. Arrêté n° 2010-067/MS/CAB du 14 juin 2010, portant attributions, organisation et fonctionnement du district sanitaire ;
15. OMS (2013), Recommandations, Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale, 96 pages ;
16. Décret N° 2006-463/PRES/MS/PM/MFPRE/MS/MFB/portant organisation des emplois spécifiques de santé (JO n° 42 du 19 octobre 2006).

Annexes

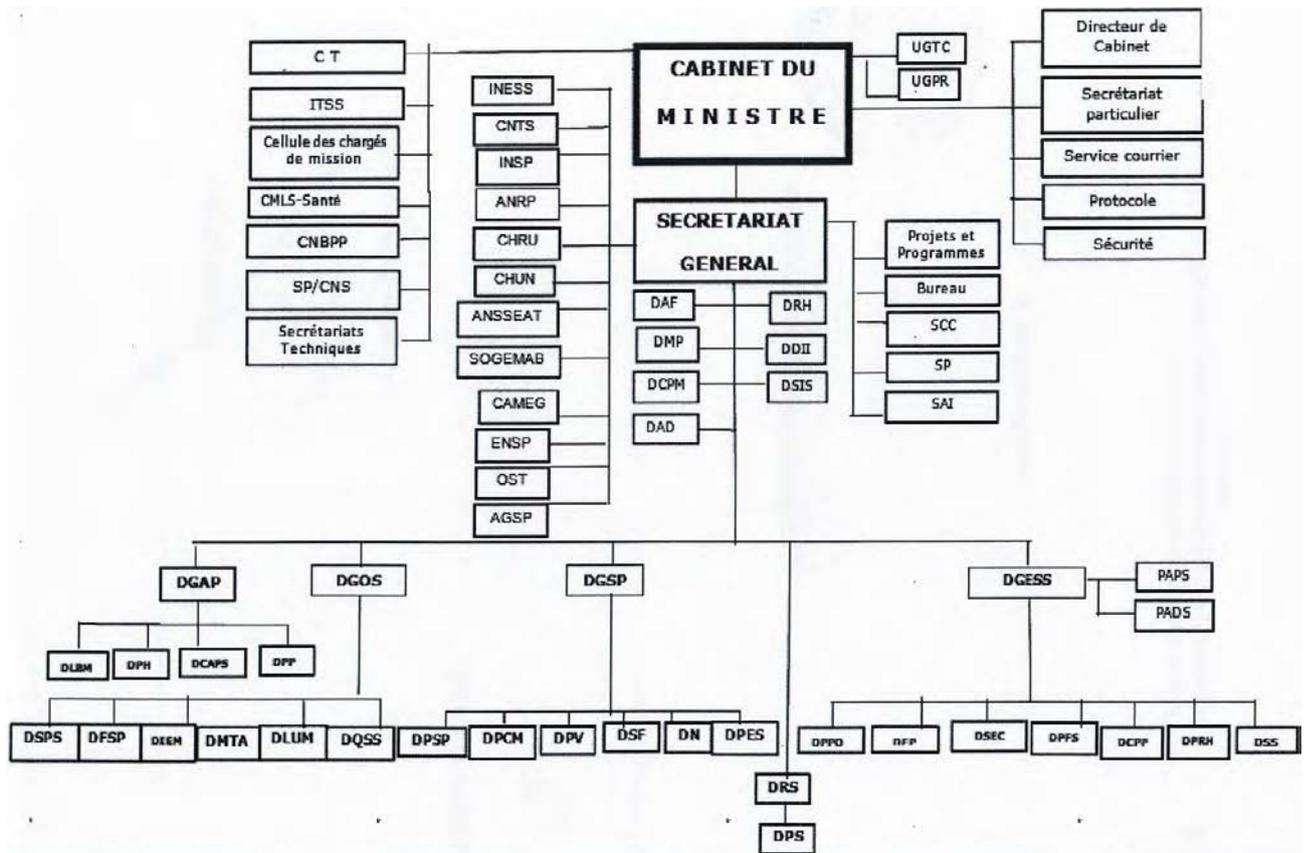
Annexe 1 : tableau I : proportions (%) des CSPS remplissant les normes minimales en personnel par région sanitaire de 2013 à 2017

Régions	2013	2014	2015	2016	2017
Boucle du Mouhoun	91,7	97,8	99,5	98,0	91,5
Cascades	100,0	100,0	98,6	100,0	100,0
Centre	95,7	97,9	96,9	100,0	97,9
Centre-Est	87,4	94,4	97,6	96,9	94,9
Centre-Nord	81,1	79,8	87,8	92,0	95,0
Centre-Ouest	81,8	87,1	89,3	83,0	77,1
Centre-Sud	60,4	90,0	84,3	87,5	82,4
Est	91,1	95,1	92,3	94,8	94,3
Hauts-Bassins	90,8	83,1	92,4	94,3	90,1
Nord	92,5	89,6	93,5	90,6	90,7
Plateau Central	73,5	74,4	83,7	87,9	85,8
Sahel	95,3	96,6	96,6	96,8	96,9
Sud-Ouest	71,9	82,2	100,0	99,0	99,1
Burkina Faso	86,1	89,8	94,3	93,2	91,0

Source : Annuaire statistiques MS 2013-2017



Annexe 2 : figure 1 : modèle de santé communautaire selon la nouvelle vision du ministère de la santé



Annexe 3 : Figure 1: Organigramme du ministère de la santé