



**MINISTERE DE LA SANTE
PROGRAMME NATIONAL DES MALADIES
NON TRANSMISSIBLES
UNITE DE SANTE ORALE**



**PLAN D'ACTION TRIENNAL DE LUTTE
CONTRE LES MALADIES
BUCCO-DENTAIRES ET LE NOMA
2015 – 2017**

BURKINA-FASO

TABLE DES MATIERS

SIGLES ET ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION.....	6
CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE	7
1.1. Caractéristiques généraux	7
1.1.1. Données géographiques et organisation administrative	7
1.1.2. Données démographiques	7
1.1.3. Données économiques.....	8
1.1.4. Données socio culturelles et modes de vie.....	8
1.2. Caractéristiques sanitaires	9
1.2.1. Etat de santé des populations du Burkina Faso	9
1.2.2. Organisation du système de santé	15
1.3.3. Situation de la lutte contre le noma	19
1.4. Bilan des activités de lutte contre le noma au cours des dernières années.....	21
1.4.1. Présentation du bilan physique des activités par composante	21
1.3.3.2. Analyse des forces, faiblesses, menaces et opportunités	24
(FFOM) en matière de lutte contre le Noma	24
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS STRATEGIQUES DE LUTTE	25
2.1. Objectif Général	25
Contribuer à améliorer l'état de santé et à réduire le fardeau de la maladie du Noma sur les populations	25
2.2. Objectifs stratégiques	25
CHAPITRE 3 : CADRE OPERATIONNEL.....	26
3.1. COMPOSANTE 1 / OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Renforcement et développement des capacités du personnel socio-sanitaire	27
3.1.1. Tableau des résultats	27
3.1.2. Calendrier des activités et des coûts.....	28
3.1.3. Justification	31
3.2. COMPOSANTE 2 / OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : Renforcement et développement des capacités au niveau communautaire.....	31
3.2.1. Tableau des résultats	31
3.2.2. Calendrier des activités et des coûts.....	32
3.2.3. Justification	34
3.3. COMPOSANTE 3 / OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : Sensibilisation et mobilisation sociale	34

3.3.1. Tableau des résultats	34
3.3.2. Calendrier des activités et des coûts (2015)	34
3.4. COMPOSANTE 4 / OBJECTIF SPECIFIQUE 4 :	37
3.4.1. Développement de matériels de formation et d'éducation	37
3.4.2. Calendrier des activités et des coûts	37
3.5. COMPOSANTE 5 / OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : Coordination et suivi évaluation	39
3.5.1. Tableau des résultats	39
3.5.2. Calendrier des activités et des coûts	39
CHAPITRE 4. SUIVI-EVALUATION	43
4.1. Le suivi quotidien	43
4.2. Suivi semestriel	43
4.3. Récapitulatifs des besoins exprimés par composante	43
4.4. Le financement du plan	44
4.5. Les rapports d'avancements	44
4.5.1. Rapport initial	44
4.5.2. Rapports trimestriels	44
4.5.3 Rapport annuel	44
CONCLUSION	45

SIGLES ET ABREVIATIONS

AIS : Agent Itinérant de Santé
ASO : Attaché de Santé en Odonto-Stomatologie
ASBC : Agent de Santé à Base Communautaire
ARV : Anti Retro Viraux
CISSE : Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique
CM : Centre Médical
CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CHN : Centre Hospitalier National
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CSPS : Centre de Santé de Promotion de la Sociale
CHU-YO : Centre Hospitalier Universitaire YALAGADO OUEDRAOGO
CHUP-CDG : Centre Hospitalier Pédiatrique Charle De gaulle
CHU-SS : Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou
CREN : Centre de Récupération Nutritionnelle
DGESS : Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles
DLM : Direction de la Lutte Contre la Maladie
DRS : Direction Régionale de la Santé
DS : District Sanitaire
ENDOSS : Entrepôt des données
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique
FFOM : Force, Faiblesse, Opportunité et Menace
HD : Hôpital de District
CHUBC : Centre Hospitalier Universitaire Blaise Compaoré
INSD : Institut National des Statistiques et de la Démographie
IST : Infection Sexuellement Transmissible
ME : Maïeuticien d'Etat
MNT : Maladies Non Transmissibles
MS : Ministère de la Santé
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale

PAA : Plan d'Action Annuel

PC : Prise en Charge

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PM : Pour Mémoire

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PRLN : Programme Régional de Lutte contre le Noma

RGPH : Recensement Général de la population et de l'Habitat

SBD : Santé Bucco- Dentaire

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise :

SNISS : Système National d'Information Sanitaire et de Surveillance

TIC : Technologies d'Information et de Communication

TPS : Tradi Praticien de santé

VIH : Virus de l'Immuno déficience Humaine

INTRODUCTION

Le noma est une forme de gangrène d'origine buccale foudroyante qui se développe aux dépens des tissus du visage. Le noma touche principalement les enfants de bas âge (entre 2 et 6 ans) et entraîne de lourdes séquelles fonctionnelles, esthétiques et psychologiques. Si certains facteurs associés à cette maladie comme la pauvreté, la malnutrition, les maladies infectieuses (rougeole, paludisme, infection à VIH/SIDA), la mauvaise hygiène buccale et tout état de déficit immunitaire sont bien connus, d'autres facteurs seraient encore méconnus. Les données réelles sur l'incidence de la maladie sont parcellaires et ne permettent pas d'apprécier l'ampleur de la situation. D'après les estimations disponibles, en l'absence de tout traitement, l'affection a un taux de mortalité très élevé compris entre 60 et 80%. Le Noma survient dans les zones d'accessibilité géographique et sanitaire difficile. On estime l'incidence de la maladie à environ 140 000 cas par an et l'Afrique sub-saharienne constitue la zone la plus touchée.

Depuis l'adoption en 1992 de la stratégie mondiale de lutte contre le noma de l'OMS, de nombreuses activités et programmes nationaux de lutte contre cette maladie ont été mis en œuvre dans les pays de la région Afrique. Aujourd'hui, ces programmes nationaux sont pour la plupart accueillis au niveau des services en charge de la santé bucco-dentaire, eux-mêmes rattachés aux départements de lutte contre les Maladies Non-Transmissibles des Ministères de la Santé.

Grace au Programme Régional de Lutte contre le Noma (PRLN) appuyé majoritairement par la Fondation Winds of Hope, des plans d'action nationaux de lutte contre le Noma ont été élaborés et mis en œuvre dans 6 pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Mali, Niger, Sénégal, et Togo). Dans ce cadre, les efforts des pays ont porté essentiellement sur le renforcement des capacités des acteurs de terrain et le développement d'activités d'information et de sensibilisation. Parallèlement, des stratégies de dépistage et de prise en charge immédiate des enfants atteints de Noma ont été développées en collaboration avec les services de santé et les ONG présentes sur le terrain.

Pour rendre plus performantes les interventions menées dans les pays, il est proposé qu'à partir de 2014, chacun des pays élabore un plan d'action triennal. Cette planification sur 3 ans

devrait permettre une meilleure visibilité aussi bien en matière de stratégie d'intervention que de résultats à atteindre.

CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1. Caractéristiques généraux

1.1.1. Données géographiques et organisation administrative

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

Le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages. Son climat est de type tropical avec une longue saison sèche au cours de laquelle les vents de l'harmattan, la chaleur, le manque d'eau potable sont à l'origine d'affections diverses (1).

1.1.2. Données démographiques

En 2006, selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants avec une densité d'environ 51,8 habitants au km², elle croit à un rythme de 3,1% l'an (RGPH 2006). Les femmes représentaient 51,7% contre 48,3% d'hommes de la population globale. En 2013, la population est estimée à 17 271 583 habitants. La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural de l'agriculture et de l'élevage.

Le taux brut de natalité est de 46 pour 1000. La population est essentiellement jeune. La tranche de 0 à 15 ans est de 46,4%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,2 pour l'ensemble du pays¹.

L'espérance de vie à la naissance est passée de 36,7 ans en 1960 à 50,4 ans en 2000 (PNDS 2011-2020). Elle est estimée à 56 ans en 2012 (soit 55,6 ans pour les hommes et 57,5 ans pour les femmes).²

1 Plan national de développement 2011-2020

2 Plan stratégique intégré PNMNT 2016-2020

1.1.3. Données économiques

Avec un revenu national brut par habitant estimé en 2008 à 1215 \$ us par an, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés. En effet, le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par adulte et par an en 2009. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9% au niveau national. Il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les différentes régions du pays (17,3% au Centre la moins pauvre, et pour les plus pauvres 68,1% au Nord, 62,2% à l'Est et 56% dans la Boucle du Mouhoun).

Pour garantir les conditions d'atteinte des OMD, le financement des secteurs sociaux a été priorisé. Ainsi, la part de l'ensemble des secteurs sociaux s'est établie à 38,66% en moyenne annuelle sur la période 2006-2010 avec un pic de 44,64% pour 20103.

1.1.4. Données socio culturelles et modes de vie

Au Burkina Faso, le taux de scolarisation (79,6% en 2011/2012) et d'alphabétisation (28,7% en 2010) restent faibles malgré les efforts fournis ces dernières années.

L'organisation sociale de certaines communautés est fortement hiérarchisée et la plupart des villages/quartiers possèdent des chefs traditionnels dépositaires des coutumes et exerçant une autorité sur la population. Cela influencerait les comportements de la population sur le recours aux soins. On note aussi une mosaïque d'ethnies et de langues avec des pratiques culturelles néfastes à la santé en général et les maladies non transmissibles en particulier.

En effet, dans la plupart des sociétés traditionnelles Burkinabè, plusieurs raisons sont avancées pour expliquer la survenue de certaines maladies notamment les maladies chroniques. Cette conception n'est pas sans conséquence sur la lutte contre les maladies non transmissibles. Les facilités d'accès aux moyens de communication (TIC) favorisent par ailleurs chez les jeunes des comportements déviants.

A cela s'ajoute, les dysfonctionnements familiaux (mésententes, divorce, pauvreté, violences) qui exposent davantage les enfants à une fragilité psychique. Ces facteurs ont pour conséquences le relâchement du contrôle parental, l'absence de cadre familial d'éveil du processus mental, des difficultés d'insertion sociale (délinquance juvénile, consommation d'alcool et de stupéfiants).

Dans les villes comme dans les campagnes, les habitudes de consommation de boissons alcoolisées, de tabac, aliments gras, aliments sucrés...), les changements de régime alimentaire et la sédentarisation nuisent gravement à la santé physique et psychique des populations.

Aussi, le phénomène de l'urbanisation très croissant dans les grandes villes du Burkina Faso attire de grandes populations vers celles-ci créant ainsi des risques liés aux déplacements notamment les accidents de la voie publique, l'alimentation malsaine etc.

1.2. Caractéristiques sanitaires

1.2.1. Etat de santé des populations du Burkina Faso

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité et de morbidité élevés. Les enquêtes font apparaître un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 11,8‰ en 2006.

La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables. En effet, le ratio de mortalité maternelle est de 307,3 pour 100 000 naissances vivantes. Selon la même source, le taux de mortalité infantile est de 91,7 pour 1000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 141,9 pour 1000 naissances vivantes.

La situation de la santé des personnes âgées est influencée par les affections liées au vieillissement ainsi qu'aux maladies non transmissibles. Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, le VIH, le Sida, les IST, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées. En outre, le Burkina Faso est régulièrement confronté à des flambées épidémiques (méningite cérébro-spinale, rougeole, choléra, fièvre jaune, poliomyélite,...). Des efforts importants de prévention par la vaccination sont faits à travers le programme élargi de vaccination (PEV).

Les maladies non transmissibles sont en augmentation. Elles regroupent entre autres, les affections cardio-vasculaires, les troubles mentaux et maladies mentales, les

maladies métaboliques comme le diabète, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers, les maladies génétiques et les traumatismes dus aux accidents de la route. Cependant, les données collectées par le système national d'information sanitaire ne permettent pas d'apprécier l'ampleur de ces maladies. Certaines d'entre elles font actuellement l'objet de programmes particuliers pour mieux les maîtriser.

❖ Santé de l'enfant

Les taux de morbidité et de mortalité chez l'enfant sont également élevés. Les causes majeures de décès varient selon l'âge de l'enfant.

Les causes de morbidité et mortalité néonatales sont essentiellement les infections sévères (32%), la prématurité/faible poids à la naissance (22%), l'asphyxie (21%) et le tétanos néonatal (12%). Les décès infanto-juvéniles sont dus à la pneumonie (24%), au paludisme (20%), à la diarrhée (19%), aux causes néonatales (18%), au VIH, au SIDA (4%) et à la rougeole (3%). Tous ces décès surviennent sur des terrains de malnutrition dans 54% des cas⁴.

❖ Quelques indicateurs de progrès utilisés par le PNDS

	Niveau	Année	Source
PIB par habitant (FCFA)	258 912	2 009	INSD
Taux de croissance réel du PIB (%)	3,0	2 009	INSD
Indice de Développement Humain	0,133	2 011	INSD
% de la population totale vivant en dessous du seuil de pauvreté	43,9	2 010	INSD
Incidence de la pauvreté en milieu urbain (%)	19,9	2 010	INSD
Incidence de la pauvreté en milieu rural (%)	50,7	2 010	INSD

Source: INSD, RGPH 2006

⁴ PNDS, Op. cit.

❖ **Evolution de quelques indicateurs essentiels utilisés pour le suivi du PNDS 2001-2010**

Indicateurs	Année 2001	Année 2005	Année 2010
Rayon moyen d'action (km)	9,18	8,2	7,34
Proportion de CSPS qui répondent aux normes en personnel (%)	73	77	83,1
Ratio Habitants/CSPS	14177	10079	9835
Nombre de contacts/habitant	0,21	0,33	0,63
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (%)	38,09	37,87	75,1
Taux de prévalence contraceptive (%)	12,64	22,46	28,3
Taux de guérison de la tuberculose (%)	51,95	54,25	72,98
Taux de létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (%)	37,06	8,76	3,66
% de personnes atteintes de SIDA sous ARV	33,9	50,4	53
Taux de mortalité intra hospitalière (%)	-	7,61%	6,91
Taux d'occupation de lits dans les hôpitaux (%)	-	-	79,15

Source : MS, Annuaires statistiques, rapports de progrès 2010

❖ **Quelques indicateurs par région**

Région	Taux de croissance annuelle (%)	Taux Bruts de Natalité (P1000)	Taux global de fécondité générale corrigé (P1000)	Indice synthétique de fécondité	Taux brut de mortalité (p 1000)	Espérance de vie à la naissance (année)	Quotients de mortalité infanto juvénile (p1000)
Boucle du Mouhoun	2,1	42,5	218,0	7,0	12,7	55,5	154,2
Cascades	4,8	46,9	191,9	6,2	12,2	54,3	164,7
Centre	6,3	37,0	124,7	4,3	5,6	66,8	80,2
Centre Est	2,9	47,5	203,0	6,5	15,3	51,8	184,3
Centre Nord	2,6	48,8	215,1	6,7	13,4	54,2	160,8
Centre Ouest	2,3	45,0	190,9	6,1	14,3	53,6	168,1
Centre Sud	1,9	43,2	193,2	6,1	11,7	58,8	136,7
Est	3,6	54,4	255,5	7,7	11,8	56,5	142,6
Hauts Bassins	3,6	44,6	178,6	5,7		57,9	133,4
Nord	2,2	45,5	192,8	6,5	14,0	54,1	161,3
Plateau Central	2,0	46,0	198,1	6,4	13,2	55,6	149,0
Sahel	3,2	48,5	208,9	7,0	11,9	55,1	153,0
Sud Ouest	2,5	39,6	197,0	7,3	12,4	55,3	151,5
National	3,1	45,8	202,2	6,2	11,8	56,7	141,9

Source : annuaire statistique 2011-2012 BF

❖ Couverture vaccinale en VAR et malnutrition en 2011 au Burkina Faso

Régions/districts	VAR en %	Malnutrition modérée	Malnutrition sévère	Malnutrition aigue
Boucle du Mouhoun	100,7	4,2	1,1	5,2
Boromo	99	2,8	0,5	3,2
Dedougou	97	3,8	1,3	5,1
Nouna	111,1	4,6	1	5,6
Solenzo	102,9	3,4	0,8	4,2
Toma	93,9	1,3	0,6	1,9
Tougan 96,6	93,9	6,7	1,5	8,3
Cascades	107,3	4,4	1,8	6,2
Banfora	96,2	4,8	2,1	6,9
Mangodara	126	3,8	2	5,9
Sindou	105,8	3,9	0,9	4,8
Centre	100,8	1,5	0,2	1,8
Baskuy	157	0,7	0	0,8
Bogodogo	93,2	2,4	0,5	3
Boulmiougou	90,3	1	0,1	1,2
Nongr-Massom	92,5	1,8	0,1	1,8
Sig-Noghin	110,5	1,5	0,2	1,7
Centre-Est	93,8	2,3	0,4	2,7
Bittou	102,2	0,8	0,2	1
Garango	78,1	2,6	0,5	3
Koupela	84,2	3,9	0,7	4,7
Ouargaye	96,6	0,8	0,2	1
Pouytenga	92	1,4	0,3	1,7
Tenkodogo	98,9	3,6	0,4	4,1
Zabré	111,6	2,5	0,1	2,6
Centre-Nord	94,7	7,1	1,7	8,8
Barsalougho	100,8	3,5	0,7	4,2
Boulsa	97,1	7,1	0,8	7,9
Kaya	90,2	7,2	2,7	9,9
Kongoussi	95,9	9	1,9	10,9
Centre-Ouest	93	3,2	0,7	3,9
Koudougou	85,9	3,9	0,3	4,3
Léo	101,2	3,1	0,8	3,9
Nanoro	99,9	3,9	1	4,9
Réo	94,3	2,2	1,1	3,3
Sapouy	90,9	2,7	0,2	2,9
Centre-Sud	87,1	2,9	0,7	3,6
Kombissiri	89,7	2,3	0,8	3,1
Manga	85,6	4	0,9	4,8
Po	83	1,7	0,1	1,8
Saponé	94,5	3,1	0,9	4

Est	108,2	7,4	0,8	8,2
Bogandé	103,6	6,8	0,8	7,6
Diapaga	108	9	1,1	10,2
Fada	113,3	6,4	0,6	7
Gayéri	128,7	3,3	0,5	3,9
Manni	100,7	9,2	0,7	10
Pama	96,4	8,8	0,9	9,7
Hauts-Bassins	113,1	2,6	0,6	3,2
Dafra	113,3	0,8	0,1	0,8
Dandé	115,7	4,5	0,7	5,2
Do	99,2	4,4	1,1	5,5
Houndé	105,5	2,1	1,2	3,2
Karangasso Vigué	151,2	1,4	0,9	2,3
Léna	124,2	1,1	0,2	1,3
Orodara 124,2	124,2	1,6	0,3	1,8
Nord	98,8	20,8	1,6	22,4
Gourcy	94,4	29,7	3,4	33,2
Ouahigouya	94,6	24,3	2,4	26,7
Séguénégua	111,1	18	1,6	19,6
Titao	102,5	41,1	0,2	41,3
Yako	98,3	5,3	0,8	6,2
Plateau Central	94,2	2,7	0,3	3
Boussé	88,6	5,6	0,2	5,8
Ziniaré	92,2	2,7	0,5	3,2
Zorgho	98	1,3	0,3	1,6
Sahel	103,4	13,5	2,9	16,4
Djibo	91	15,5	2,6	18,2
Dori	115,5	17,4	4,8	22,1
Gorom-Gorom	97,4	12,6	2,8	15,3
Sebba 118,0	97,4	5,8	1,8	7,5
Sud-Ouest	95,6	3,4	1	4,4
Batié	96	2,8	1,4	4,2
Dano	98,8	6,4	1,9	8,3
Diébougou	104,5	2,3	0,6	2,9
Gaoua	89,6	2,1	0,5	2,6
Burkina Faso	100,3	6,1	1	7,1

Source : annuaire statistique 2011-2012 BF

❖ Répartition par sexe des cas et décès d'anémie chez les ans de moins de 5 ans en 2011

Région/DS	Cas		Décès		Total	
	Masculin	Féminin	Masculin	féminin	Cas	Décès
Boucle du Mouhoun	3 672	2 749	109	87	64211	96
CHR Dédougou	347	303	37	37	650	74
Boromo	4913	40	11	7	831	18
Dedougou	475	428	0	0	903	0
Nouna	320	180	2	1	500	3
Solenzo	704	516	36	23	1 220	59
Toma	391	302	10	15	693	25
Tougan	944	680	13	4	1 624	17

Cascades	812	714	37	24	1 186	61
CHR Banfora	156	136	8	15	292	23
Banfora	214	208	1	4	422	5
Mangodara	192	148	6	2		8
Sindou	250	222	22	3	472	25
Centre	3 500	3 407	87	64	4706	27
CHU-YO	997	1 204	69	55	0	0
CHUP-CDG	5	7	1	0	12	1
HNBC	0	0	0	0	0	0
Baskuy	63	47	2	0	110	2
Bogodogo	539	454	1	3	993	4
Boulmiougou	1 157	1 251	10	4	2 408	4
Nongr-Massom	450	290	1	1	740	2
Sig-Noghin	289	154	3	1	443	4
Centre est	4 167	3 759	44	34	7 926	78
CHR de Tenkodogo	927	788	8	2	1 715	10
Bittou	301	220	2	0	521	2
Garango	187	189	5	5	376	10
Koupela	797	744	13	15	1	28
Ouargaye	448	383	5	3	831	8
Pouytenga	417	336	3	3	756	6
Tenkodogo	622	641	6	3	1263	9
Zabré	468	458	2	3	926	5
Centre-Nord	1366	1193	49	60	2559	109
CHR de Kaya	402	342	5	11	744	16
Barsalogo	74	63	1	1	137	2
Boulsa	427	447	11	15	874	26
Kaya	188	132	7	3	320	10
Kongoussi	275	209	25	30	484	55
Centre-Ouest	2242	1173	26	310	3415	336
CHR de Koudougou	390	85	0	295	475	295
Koudougou	389	95	4	0	493	4
Léo	343	244	2	1	587	6
Nanoro	452	183	4	2	635	6
Réo	379	309	9	4	688	13
Sapouy	280	257	7	8	537	15
Centre Sud	1121	928	30	31	2049	61
Kombissiri	438	363	4	5	801	9
Manga	348	310	15	17	658	32
Po	188	138	9	8	326	17
Saponé	147	117	2	1	264	3
Est	2231	2018	79	83	4129	128
CHR de Fada	50	70	15	19	0	0
Bogandé	458	375	22	22	833	44
Diapaga	474	473	20	16	947	36
Fada	349	289	1	5	638	6
Gayéri	118	102	4	7	220	11
Manni	118	102	4	7	220	11
Pama	468	407	9	3	875	12
Hauts Bassins	1863	1593	40	35	3456	75
CHU-SS	0	0	0	0	0	0

Dafra	448	406	4	5	854	9
Dandé	466	361	12	11	827	23
Do	194	253	3	1	447	4
Houndé	177	128	4	7	305	11
Karangasso Vigué	108	88	4	2	196	6
Léna	57	44	0	1	101	1
Orodara	413	313	13	8	726	21
Nord	2	123	1849	46	42	88
CHR de Ouahigouya	403	306	28	23	709	51
Gourcy	328	329	2	2	657	4
Ouahigouya	484	422	3	6	906	9
Séguénéga	326	263	7	3	589	10
Titao	275	251	2	1	526	3
Yako	307	278	4	7	585	11
Plateau Central	1241	1054	17	26	2295	43
Boussé	208	176	1	3	384	4
Ziniaré	462	306	5	5	768	10
Zorgho	571	572	11	18	1143	29
Sahel	817	787	20	13	1604	33
CHR de Dori	154	144	2	3	298	5
Djibo	160	137	10	5	297	15
Dori	114	110	4	2	224	6
Gorom-Gorom	60	40	4	3	100	7
Sebba	329	356	0	0	685	0
Sud Ouest	1620	1372	43	47	2992	90
CHR de Gaoua	404	304	0	0	708	0
Batié	180	145	3	10	325	13
Dano	501	504	27	31	1005	58
Diébougou	167	151	7	2	318	9
Gaoua	368	268	6	4	636	10
Total DS	22540	18907	454	396	41107	850
Total Hôpital	4235	3689	173	460	5603	475
Burkina Faso	26775	22596	627	856	46710	1325

Source : *annuaire statistique 2011-2012 B*

1.2.2. Organisation du système de santé

L'organisation du système de santé tient compte du découpage administratif du pays au sein duquel sont logés les districts sanitaires. L'organisation du système national de santé prend en compte l'organisation des structures administratives et celle des structures de soins.

1.2.2.1. Sur le plan administratif

Le Ministère de la santé, dans sa structuration, comprend trois niveaux:

- ❖ **le niveau central** qui comprend des directions et structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général⁵. II

définit la politique, les normes et les standards et assure la coordination technique et administrative au sein du département ;

❖ **le niveau intermédiaire** qui comprend 13 directions régionales de la santé (DRS). Elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans les régions sanitaires ;

❖ **le niveau périphérique** qui est représenté par les districts sanitaires (au nombre de 70 depuis avril 2011), entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé, chargées de planifier et de mettre en œuvre les programmes de santé.

1.2.2.2 Sur le plan de l'offre des soins

Les structures de soins quant à elles, se répartissent en trois sous-secteurs sanitaires qui sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

❖ **Le sous-secteur public**

Il comporte trois niveaux qui assurent des soins :

Le premier niveau est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons :

Le premier échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) qui est la structure sanitaire de base du système de santé. Le nombre total de CSPS en 2011 était de 1443.

Le deuxième échelon de soins est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) /hôpital de district (HD) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Le nombre de CMA fonctionnel était de 44 en 2011.

Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA. Les CHR sont au nombre de 9 en 2016. Deux autres sont en construction (CHR de Manga et de Ziniaré).

Le troisième niveau est constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU). Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert de niveau de référence pour les CHR et de centre de formation de base des professionnels de santé et de recherche. En

2011, on comptait 3 CHU (Yalgado, Charles De Gaulle et Souro Sanou et un hôpital national (Blaise COMPAORE).

❖ **Le sous-secteur privé**

En plus des structures de soins publiques, le Burkina Faso compte un nombre important de structures de soins privées. En 2010, on dénombrait 384 formations sanitaires privées toutes catégories confondues.

Le sous-secteur sanitaire privé se développe assez rapidement et concerne principalement les officines, les dépôts pharmaceutiques et les structures de soins. Ces structures sont concentrées dans les grands centres urbains essentiellement à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso 6.

❖ **Le sous-secteur de la médecine traditionnelle**

La médecine traditionnelle est reconnue par la loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la santé publique et elle fait aujourd'hui l'objet d'une politique formelle du département de la santé.

1.2.2.3. Organisation du système national d'informations sanitaires

❖ **Système National d'Information Sanitaire (SNIS)**

Le système d'information du Burkina a connu ces dernières années des réformes visant à renforcer ses performances et lui permettre d'assurer la disponibilité et l'utilisation d'une information sanitaire de qualité pour la prise de décision.

Au nombre de ces réformes, on peut citer la création de la Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS). Cela a permis de renforcer la production de l'information sanitaire. Ainsi, la parution régulière des annuaires statistiques, des bulletins d'information sanitaire, des tableaux de bord et des rapports de progrès est-elle effective. Les sources de données se renforcent avec la réalisation régulière de grandes enquêtes nationales telles que les recensements de la population, les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes

6 Politique nationale sanitaire

nutritionnelles, ainsi que la réalisation d'études ponctuelles (les cartographies des services de santé, les évaluations du PEV, etc.).

Dans le domaine des ressources humaines, les capacités du système d'information sanitaire se renforcent au fil du temps avec la formation des attachés de santé en épidémiologie à l'école nationale de santé publique pour la gestion des centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (CISSE) des districts, des régions et des hôpitaux. Cependant, la mobilité du personnel reste un défi et les compétences des acteurs nécessitent d'être renforcées pour améliorer la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux du système.

Dans le but d'améliorer les performances du SNIS, un plan stratégique a été élaboré pour la période 2011-2020. Il vise à assurer la disponibilité à temps d'une information sanitaire de qualité accessible et utilisée par les acteurs du système de santé pour la planification et la prise de décision. Le plan stratégique met en exergue un certain nombre de défis essentiels auxquels le SNIS doit faire face pour la période 2011-2020. Il s'agit de : 1) la coordination qui favorise la duplication de sources parallèles de données; (2) le renforcement des capacités en ressources humaines et financières, des équipements et des infrastructures, (3) la qualité des données sanitaires et (4) la diffusion et l'utilisation de l'information.

Le renforcement et la modernisation des outils de gestion et de partage de l'information constitue un objectif majeur du renforcement du SNIS et améliorera la capacité de réaction du ministère de la santé. Dans ce sens, la mise en place d'un système d'information adéquat au sein des hôpitaux doit être une priorité pour l'amélioration du fonctionnement de ces établissements.

❖ Collecte des données

La collecte des données est faite à partir des informations contenues dans les registres de consultations de l'ensemble des formations sanitaires (publiques et privées). Ces informations de base des formations sanitaires de premier échelon (CSPS, dispensaires, maternités isolées et cabinets de soins privés) et de deuxième échelon (CMA) sont synthétisées sous forme de rapports mensuels. Ces rapports mensuels sont transmis au niveau des districts sanitaires pour être saisiés dans l'entrepôt de données mis en place par le ministère de la santé (ENDOS).

Il faut toutefois noter que les maisons d'accueil des patients du noma demeurent les sources d'informations sur cette pathologie qu'il faut exploiter. Cependant, il faut chaque fois vérifier

l'origine du malade pour éviter les doublons en matière d'informations sanitaires car, la plupart du temps ces malades sont notifiés et référés par les formations sanitaires de leur provenance.

❖ **Périodicité de transmission des rapports**

Les rapports du mois des formations sanitaires du premier niveau sont transmis aux districts sanitaires au plus tard le 5 du mois suivant celui objet du rapport.

1.3.3. Situation de la lutte contre le noma .

La charge mondiale des maladies non transmissibles (MNT) et la menace qu'elles représentent constituent un défi pour le développement au XXI^e siècle. Les MNT sont des pathologies graves qui engendrent une morbidité et une mortalité élevées. Ces affections ne sont pas toujours l'objet d'un dépistage systématique dans les structures de soins. En outre, la majorité de la population est peu informée sur la gravité de ces maladies et les possibilités thérapeutiques existantes.

Dans la plupart des pays en développement, les MNT entre autres, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoire chroniques, les maladies et les affections bucco dentaires (noma) constituent un énorme défi pour le système de santé ; Selon l'OMS le noma est un problème de santé publique.

Sur le plan épidémiologique, les pays les plus pauvres d'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud sont affectés et le continent africain est le plus durement touché avec 80% des cas. Le taux de mortalité est très élevé (+de 50%) et les survivants, défigurés à vie, présentent des séquelles telles qu'ils ne pourront jamais plus s'alimenter, parler ou respirer normalement. Comme pour la lèpre, les victimes sont souvent rejetées par leur propre communauté qui, faute de comprendre que le Noma peut être guéri, pense avoir été frappée par une malédiction.

Les résultats de recherches de l'OMS ont montré que:

- plusieurs milliers d'enfants sont touchés chaque année
- 500 000 survivants vivent actuellement dans le monde
- au Niger, en 1991-1992, le taux d'incidence annuelle avait été évalué à 7 ou 14 cas pour 10 000 enfants entre 0 et 6ans.

Au Burkina Faso, le noma préoccupe les personnels de santé du fait par sa prévalence élevée et de son incidence croissante parmi les pathologies infantiles.

Sa fréquence hospitalière est de 15,1 pour 10.000 hospitalisations avec une incidence maximale de 81,35% entre 1 à 5 ans⁷.

Depuis 1992, l'Organisation Mondiale de la Santé coordonne et développe un réseau de lutte internationale contre le noma.

A ce jour, les activités de lutte contre le noma se déroulent principalement en Afrique dans les pays suivants : Angola, Bénin, Burkina Faso, Lesotho, Madagascar, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda, République Démocratique du Congo (RDC), Sénégal, Togo, Zambie et Zimbabwe.

Au Burkina Faso, sur le plan du traitement médical, de nos jours, des efforts sont faits car, le noma est pris en charge par les formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, à savoir du Centre de Santé et de Promotion Sociale au Centre Hospitalier Universitaire selon la disponibilité du plateau technique et la compétence des agents.

La chirurgie des séquelles est le fait d'ONG, qui, pour les cas complexes, procèdent à des évacuations vers l'Europe, les cas simples étant pris en charge sur place :

- dans les deux Centres Hospitaliers Universitaires de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso ou
- par les campagnes de chirurgie de réparation des séquelles de noma organisées au niveau des ONG comme Sentinelles, la maison de Fati. Ainsi, de 2001 à 2010, beaucoup de campagnes de chirurgie de réparation de séquelles de noma ont été organisées au Burkina Faso par les ONG comme Sentinelles-Burkina Faso (10 campagnes et 155 malades opérés), la Maison de Fati (16 missions chirurgicales et 750 enfants opérés)⁸.

Ces campagnes ont permis de donner un nouveau visage et un sourire aux personnes souffrant du noma, qui, nous l'avons souligné, est une maladie aux conséquences psychologiques et sociales redoutables. La prise en charge médicale à travers la réparation est donc déjà en soi

⁷OUEDRAOGO I. (1999) Le noma de l'enfant en milieu hospitalier de Bobo-Dioulasso: aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge, in Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac., vol. 13, n° 3, 2006, pp. 24-27.

⁸ ZOUNGRANA T.P. (2013) Patients et familles face au noma : les défis de la prise en charge psychosociale : cas de la Région du Centre au Burkina Faso

une victoire pour les équipes soignantes et davantage pour les personnes atteintes de cette pathologie.

Au Burkina Faso, les données épidémiologiques sont obtenues à partir de l'annuaire statistique qui est le document référentiel en matière d'information sanitaire du pays.

Situation du noma au Burkina Faso (5 dernières années)

CONSULTATIONS EXTERNES DANS LES CENTRES MEDICAUX ET LES HOPITAUX												
ANNEES	0 - 11 mois		1 - 4 ans		5 - 14 ans		Adulte masculin		Adulte féminin		TOTAL	
	cas	Décès	cas	décès	cas	décès	cas	décès	cas	décès	cas	décès
2010	34	-	68	-	52	-	32	-	48	-	234	-
2011	29	-	39	-	42	-	30	-	47	-	187	-
2012	0	-	0	-	1	-	0	-	0	-	1	-
2013	4	0	3	0	3	0	8	0	12	0	30	0
2014	1	0	7	0	18	0	36	0	30	0	92	0
2015	0	-	14	-	16	-	24	-	32	-	86	-
TOTAL	68	-	131	-	132	-	130	-	169	-	630	-

CAS HOSPITALISES DANS LES CENTRES MEDICAUX ET LES HOPITAUX												
ANNEES	0 - 11 mois		1 - 4 ans		5 - 14 ans		Adulte masculin		Adulte féminin		TOTAL	
	cas	décès	cas	décès	cas	décès	cas	décès	cas	décès	cas	décès
2010	4	0	11	0	3	0	1	0	3	0	22	0
2011	0	0	2	1	2	0	1	0	2	0	7	1
2012	1	0	6	0	7	0	5	0	11	0	30	0
2013	0	0	4	0	3	0	0	0	0	0	7	0
2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2015	0	0	8	0	5	1	28	1	20	0	61	2
TOTAL	5	0	31	1	20	1	35	1	36	0	127	3

Source : Annares statistiques Ministère de la sante Burkina Faso

1.4. Bilan des activités de lutte contre le noma au cours des dernières années

1.4.1. Présentation du bilan physique des activités par composante

Le programme national de lutte s'était fixé des objectifs à atteindre dont les résultats attendus étaient :

Composante 1 : Renforcement et développement des capacités du personnel socio-sanitaire

Résultat 1 Renforcement des capacités du personnel de santé sur le diagnostic précoce, la prise en charge, la prévention et la notification du noma et des affections bucco-dentaires dans les régions de la Boucle du Mouhoun et du Centre Nord

Résultat 2 : La prise en charge des cas de gingivites et ulcérations buccales est assurée au niveau des CSPS et les CREN dans la région du Centre Ouest

Résultat 3 : Renforcement des capacités du personnel de santé sur le diagnostic précoce, la prise en charge, la prévention et la notification du noma et des maladies bucco-dentaires dans la région de la Boucle du Mouhoun

Composante 2 : Renforcement et développement des capacités au niveau communautaire

Résultat 1 : Renforcement des capacités des ASBC de la région du centre ouest dans la sensibilisation des communautés sur le noma, la recherche active, le dépistage précoce et la référence des cas vers les centres de santé ;

Résultat 2 : Renforcement des capacités des tradipraticiens de santé de la région du centre ouest sur la reconnaissance et la référence des cas de noma vers les centres de santé.

Composante 3 : Sensibilisation et mobilisation sociale

Résultat 1 :

Mise en œuvre du plan intégré de communication sur les affections bucco-dentaires et le noma

Résultat 2 : Mise en œuvre des activités de sensibilisation sur les affections bucco-dentaires et le noma dans les écoles nationales d'enseignants du primaire et dans les écoles nationales de santé publique.

Composante 4 : Développement de matériels de formation et d'éducation

Résultat 1

Diffusion des supports de formation sur la santé bucco-dentaire et le noma

Résultat 2

Diffusion de supports d'information et de sensibilisation

Composante 5 : Coordination et suivi évaluation

Résultat 1

Renforcement de la collaboration et du partenariat avec les ONG et associations intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire et le noma

Résultat 2

La prise en charge des cas de noma évolutif et séquellaire par les ONG est facilitée

Résultat 3

Renforcement de la coordination des activités du programme

❖ Bilan des interventions ou activités menées dans la lutte contre le noma

Composantes ou activités	Nombre total de districts ciblés	% couvert de district couverts	Stratégie utilisée	Les partenaires clés
Développement des capacités du personnel socio-sanitaire	4	100%	Formation en cascade des agents de santé sur la prise en charge des stomatites et des cas de noma: -183 infirmiers ; -157 AIS et AA	Gegen noma
Renforcement et développement des capacités au niveau communautaire	4	100%	Formation en cascade des agents de santé communautaires et des tradipraticiens de santé sur la prévention du noma : -614 ASBC ; -497 TPS	Gegen noma
Sensibilisation et mobilisation sociale	-	-	Sensibilisation dans les écoles primaires de la commune de Ouagadougou et à l'école nationale de police - 13 360 écoliers de la commune de Ouagadougou ont été sensibilisés sur la santé orale - 939 élèves	ACDB/Unilever

			policiers ont été sensibilisés et ont été également dépistés et orientés vers les structures de soins	
Développement de matériels de formation et d'éducation	-	-	-Elaboration d'un module de formation pour la prise en charge des stomatites et du noma ; -Elaboration des algorithmes de prise en charge des affections bucco-dentaires	OMS Winds of Hope Budget de l'Etat
Coordination et suivi évaluation	-	-	-Le programme national de lutte contre le noma a facilité l'organisation des campagnes de chirurgie de réparation des séquelles organisée par les ONG ; -La supervision des agents de santé formés sur le noma a été assurée	OMS Winds of Hope

1.5.Analyse des forces, faiblesses, menaces et opportunités

(FFOM) en matière de lutte contre le Noma

Environnement Interne	FORCES	FAIBLESSES
	<ul style="list-style-type: none"> - PSI - PAA - PTLN - Existence d'un cadre de concertation favorable à l'intervention des PTF et d'ONG dans le domaine de la lutte contre le noma au BF 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la coordination des activités de tous les intervenants. - insuffisance d'intégration des activités de santé orale et de lutte

	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un système de santé organisé ; - Intégration du programme national de lutte contre le noma au service des maladies non transmissibles ; - volonté politique d'accompagner la lutte contre le noma ; - intégration des données de la santé orale dans l'enquête STEPS 	<p>contre le noma aux différents niveaux de la pyramide sanitaire du pays</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suppression du programme national de la santé bucco-dentaire et du noma
Environnement Externe	<p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volonté politique -Accompagnement des PTF 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation politique -Forte dépendance des PTF extérieurs -Pauvreté

CHAPITRE 2 : OBJECTIFS STRATEGIQUES DE LUTTE

2.1. Objectif Général

Contribuer à améliorer l'état de santé et à réduire le fardeau de la maladie du Noma sur les populations

2.2. Objectifs stratégiques

Les différents objectifs stratégiques sont élaborés à partir des axes stratégiques de lutte suivants :

Stratégie 1 : Renforcement et développement des capacités du personnel socio-sanitaire

- 1.1 Formation du personnel socio-sanitaire ;
- 1.2 Diagnostic précoce des cas sur des critères définis et traitement des cas confirmés ;
- 1.3 Introduction de la PC dans les curricula de formation des écoles de santé.

Stratégie 2 : Renforcement et développement des capacités au niveau communautaire

- 2.1 Formation des acteurs clés de la communauté
- 2.2 Détection précoce et prévention des cas dans la communauté

Stratégie 3 : Sensibilisation et mobilisation sociale

- 3.1 Information
- 3.2 Education pour le changement de comportement
- 3.3 Etc.

Stratégie 4 : Développement de supports de formation, d'éducation et de sensibilisation

- 4.1 Conception des manuels de formation et d'éducation
- 4.2 Elaboration des supports de sensibilisation
- 4.3 Elaboration des documents de supervision et de suivi du programme

Stratégie 5 : Monitoring et évaluation

- 5.1 Supervisions
- 5.2 Surveillance épidémiologique
- 5.3 Evaluation du programme
- 5.4 Recherche opérationnelle

Stratégie 6 : Coordination et Leadership

- 6.1 : coordination et décentralisation
- 6.2 Plaidoyer et mobilisation de fonds
- 6.3 Relation avec le programme de santé buccodentaire.

CHAPITRE 3 : CADRE OPERATIONNEL

Le cadre logique présenté sous forme de tableau, permet d'avoir une vue synoptique de la cohérence entre les objectifs fixés et les activités planifiées pour les atteindre et aussi d'anticiper sur les risques qui peuvent influencer les relations causales des intrants jusqu'aux résultats (hypothèses). Chaque objectif stratégique sera présenté sous forme de tableau comprenant les résultats / indicateurs / sources de vérification / hypothèses /groupes cibles comme suit :

3.1. COMPOSANTE 1 / OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Renforcement et développement des capacités du personnel socio-sanitaire

3.1.1. Tableau des résultats

	Description	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses	Groupes cibles
1.1	Résultat 1 Renforcement des capacités du personnel de santé sur le diagnostic précoce, la prise en charge, la prévention et la notification du noma et des affections bucco-dentaires dans les régions de la Boucle du Mouhoun et du Centre Nord	Nombre de cas de noma notifiés Nombre de cas de noma évolutif correctement pris en charge Pourcentage d'agents de santé formés qui sensibilisent les populations sur la SBD et le noma	Registre de consultation Rapport d'activités des formations sanitaires Rapport de supervision	Financement à temps du PAA 2011 Absence d'interférence avec d'autres activités de grande envergure ciblant le même personnel Intégration des indicateurs essentiels en santé bucco-dentaire dans le SNIS	Médecins, chirurgiens dentistes Infirmiers, ASO Sage femmes/ME, Accoucheuses/AIS CISSE
1.2	Résultat 1 La prise en charge des cas de gingivites et ulcérations buccales est assurée au niveau des CSPS et les CREN dans la région du Centre Ouest	Nombre de cas de gingivites notifiées Nombre de cas de gingivites pris en charge	Rapport mensuel d'activités Fiches de gestion des bons de médicaments	Disponibilités des bons d'achat des médicaments Compétence diagnostique des agents	Enfants malnutris

3.1.2. Calendrier des activités et des coûts

Renvoi	Résultats et activités	Acteurs	Coûts des activités	2015				2016				2017				2018			
				T1	T2	T3	T4												
1.1	Résultat 1 Renforcement des capacités du personnel de santé sur le diagnostic précoce, la prise en charge, la prévention et la notification du noma et des maladies bucco-dentaires dans la région de la Boucle du Mouhoun																		
	Activités																		
1.1.1	1. Organiser un atelier de finalisation des supports de collecte de données essentiels sur la santé bucco-dentaire et le noma	SMNT, DGISS	PM	x															
1.1.2	2. Former/Recycler 30 formateurs régionaux dans la région sanitaire de la Boucle du Mouhoun et du centre nord	SMNT	3 350 000		x														
1.1.5	5. Doter les agents de santé formés en supports de formation	SMNT, DRS, DS	PM																

OCTOBRE 2016

Renvoi	Résultats et activités	Acteurs	Coûts des activités	2015				2016				2017				2018			
				T1	T2	T3	T4												
1.1.6	6. Poursuivre le plaidoyer pour la supervision intégrée des agents formés sur la santé bucco-dentaire et le noma	SMNT	PM	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1.2	La prise en charge des cas de gingivites et ulcérations buccales est assurée au niveau des CSPS et les CREN de la région du centre Ouest																		
1.2.1	1. Former en 2 sessions de 2 jours chacune, 68 agents de santé sur le noma et les algorithmes de PEC des gingivites de la région du centre Ouest	SMNT, DRS, DS	2 800 000						x										
1.2.2	2. Mettre en place un système de prise en charge (consommables et médicaments) des cas de gingivite dépistés de la région du centre Ouest	SMNT, DRS, DS	1 000 000						x										
1.2.3	3. Organiser et mettre en œuvre la supervision formative des agents de santé formés de la région du centre Ouest	SMNT, DRS, DS	1 600 000				x												

OCTOBRE 2016

Renvoi	Résultats et activités	Acteurs	Coûts des activités	2015				2016				2017				2018			
				T1	T2	T3	T4												
TOTAL			8 750 000																

3.1.3. Justification

L'année 2011, nous a permis de réviser et d'élaborer des outils et supports de formation et de sensibilisation et de supervision. Pour 2012, nous allons d'abord recycler les formateurs régionaux deux régions sanitaires.

Il est également prévu une formation des agents de santé à l'utilisation des algorithmes de prise en charge des gingivites dans la région du centre ouest. Il s'agira de tester l'utilisation de cet outil et de mettre en place un mécanisme de prise en charge de ces lésions.

3.2. COMPOSANTE 2 / OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : Renforcement et développement des capacités au niveau communautaire

3.2.1. Tableau des résultats

	Description	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses	Groupes cibles
2.1	Résultat 1 Renforcement des capacités des ASBC de la région du centre ouest dans la sensibilisation des communautés sur le noma, la recherche active, le dépistage précoce et la référence des cas vers les centres de santé	Nombre de cas suspects dépistés précocement Nombre de cas suspect référés Pourcentage d'ASBC qui sensibilisent les populations sur la SBD	Rapport mensuel d'activités des ASBC Registre de consultation des CSPS	Financement à temps du PA 2011	ASBC
2.2	Résultat 2 Renforcement des capacités des tradipraticiens de santé de la région du centre ouest sur la reconnaissance et la référence des cas de noma vers les centres de santé	Nombre de cas suspect référés	Rapport de formation Rapports d'activités des TPS	Financement à temps du PA 2011	TPS

3.2.2. Calendrier des activités et des coûts

Renvoi	Résultats et activités	Acteurs	Coûts des activités	2015				2016				2017				2018			
				T1	T2	T3	T4												
2.1	Résultat 1 Renforcement des capacités des ASBC de la région du centre ouest dans la sensibilisation des communautés sur le noma, la recherche active, le dépistage précoce et la référence des cas vers les centres de santé																		
	Activités																		
2.1.1	2. Former en 4 sessions, 200 ASBC de la région du centre ouest	SMNT, DRS, DS	4 400 000						x										
2.1.2	3. Doter les ASBC formés en supports de sensibilisation sur la SBD et le noma	SMNT, DRS, DS	1 000 000										x						
2.1.3	4. Organiser et mettre en œuvre la supervision formative des ASBC formés de la région du centre ouest	SMNT, DRS, DS	2 350 000				x												
2.2	Résultat 3 Renforcement des capacités des TPS de la région du centre ouest sur la reconnaissance et la référence																		

OCTOBRE 2016

Renvoi	Résultats et activités	Acteurs	Coûts des activités	2015				2016				2017				2018			
				T1	T2	T3	T4												
	des cas de noma vers les centres de santé																		
	Activités																		
2.2.1	1. Former 50 TPS sur la reconnaissance et la référence des cas de noma du DS de Réo	SMNT, DRS, DS	1 000 000			x													
2.2.2	2. Doter les TPS formés en supports de sensibilisation et d'enregistrement sur la SBD et le noma	SMNT, DRS, DS	PM			x													
2.2.3	3. Superviser les TPS formés	SMNT, DRS, DS	PM						x										
TOTAL			8 750 000																

3.2.3. Justification

La formation des ASBC et TPS s'inscrit dans la suite des activités déjà menées. Un module de formation a été élaboré tenant compte de la politique nationale en matière de santé communautaire et des recommandations de l'atelier de Ouidah en novembre 2011. Les ASBC formes feront l'objet d'une supervision formative.

3.3. COMPOSANTE 3 / OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : Sensibilisation et mobilisation sociale

3.3.1. Tableau des résultats

	Description	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses	Groupes cibles
3.1	Résultat 1 Mise en œuvre du plan intégré de communication sur les affections bucco-dentaires et le noma	Nombre de séances de sensibilisation Nombre de personnes touchées Nombre de diffusion Taux d'écoute	Plan de communication Rapport de sensibilisation Grille de diffusion		Les parturientes et les mères de nourrissons Population
3.2	Résultat 2 Mise en œuvre des activités de sensibilisation sur les affections bucco-dentaires et le noma dans les écoles nationales d'enseignants du primaire et dans les écoles nationales de santé publique	Nombre d'enseignants sensibilisés	Rapport de sortie		Elèves enseignants Enseignants des ENSP

3.3.2. Calendrier des activités et des coûts (2015)

Renvoi	Résultats et activités	Acteurs	Coûts des activités	2015	2016	2017	2018

OCTOBRE 2016

				T1	T2	T3	T4												
3.1	Résultat 1 Mise en œuvre d'un plan intégré de communication sur les affections bucco-dentaires et le noma																		
	Activités																		
3.1.1	1. Valider le plan intégré de communication de santé bucco-dentaire et de lutte contre le noma	DLM, DHPES, DCPM	1 200 000		X														
3.1.2	2. Produire et diffuser trois émissions radio « Notre santé » sur la santé bucco-dentaire en <i>mooré</i> , <i>dioula</i> et <i>fulfuldé</i>	DLM, DHPES, RTB	450 000		X														
3.1.3	3. Organiser une session d'information à l'endroit de 25 professionnels de media sur la santé bucco-dentaire y compris le noma	SMNT, DCPM	550 000		X														
3.1.4	4. Doter les professionnels de media en supports imprimés (dépliants, brochures)		250 000		X														
3.2	Résultat 2 Mise en œuvre des activités de sensibilisation sur les affections bucco-dentaires et le noma dans les écoles nationales d'enseignants du primaire et dans les écoles																		

OCTOBRE 2016

Renvoi	Résultats et activités	Acteurs	Coûts des activités	2015				2016				2017				2018			
				T1	T2	T3	T4												
	nationales de santé publique																		
	Activités																		
3.2. 1	1. Sensibiliser les élèves maitres des 6 ENEP sur la prévention des affections bucco-dentaires et du noma	SMNT, MENA	800000				X			x			x						
3.2.2	2. Former les enseignants du cours d'odontostomatologie des ENSP sur les affections bucco-dentaires et le noma	SMNT, ENSP	500000				x												
TOTAL		3 750 000																	

3.4. COMPOSANTE 4 / OBJECTIF SPECIFIQUE 4 :

3.4.1. Développement de matériels de formation et d'éducation

	Description	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses	Groupes cibles
4.1	Résultat 1 Diffusion des supports de formation sur la santé bucco-dentaire et le noma	Nombre de supports élaborés par type Nombre de formations sanitaires bénéficiaires	Etat de répartition des supports		Les formations sanitaires
4.2	Résultat 2 Diffusion de supports d'information et de sensibilisation	Nombre de supports élaborés par type Nombre de formations sanitaires bénéficiaires	Etat de répartition des supports		

3.4.2. Calendrier des activités et des coûts

Renvoi	Résultats et activités	Acteurs	Coûts des activités	2015				2016				2017				2018			
				T1	T2	T3	T4												

OCTOBRE 2016

4.1	Résultat 1 Diffusion des supports de formation sur la santé bucco-dentaire et le noma																		
	Activités																		
4.1.1	1. Reproduire 200 manuels de formation des agents de santé	SMNT, DHPES	500 000	x															
4.1.2	2. Reproduire 150 boîtes à image pour les ASC	SMNT, DHPES	PM	x															
4.2	Résultat 2 Diffusion de supports d'information et de sensibilisation sur la santé bucco-dentaire et le noma				x														
	Activités																		
4.2.1	1. Réaliser 200 Kits de plaidoyer (dépliants, brochures) sur l'ampleur et les conséquences des affections bucco-dentaires ainsi que la nécessité de les prévenir	SMNT, DHPES	500 000	x															
4.2.2	2. Reproduire 250 affiches grand public sur la santé bucco-dentaire et le noma	SMNT, DHPES	250 000	x															
TOTAL			1 250 000																

3.5. COMPOSANTE 5 / OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : Coordination et suivi évaluation

3.5.1. Tableau des résultats

	Description	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses	Groupes cibles
5.1	Résultat 1 Renforcement de la collaboration et du partenariat avec les ONG et associations intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire et le noma	Nombre d'activités intégré Plan d'action annuel intégré Nombre de cas de noma référés Nombre de cas de noma évolutif pris en charge Nombre de cas de séquelles de noma opérés	Rapport d'atelier Rapport d'activités des DS Rapport annuel des ONGS	Participation effective aux rencontres Volonté de collaboration Organisation de missions chirurgicales	Les ONG Les associations Les partenaires Malades du noma Porteurs de séquelles de noma
5.2	Résultat 2 Renforcement de la coordination des activités du programme	Proportion de structures supervisées Taux de complétude des rapports	Rapport d'activités	Facilités de déplacement	La coordination

3.5.2. Calendrier des activités et des coûts

Renvoi	Résultats et activités	Acteurs	Coûts des activités	2015				2016				2017				2018			
				T1	T2	T3	T4												
6.1	Résultat 1 Renforcement de la collaboration et du																		

OCTOBRE 2016

	partenariat avec les ONG et associations intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire et le noma																		
	Activités																		
6.1.1	1. Tenir 1 réunion de concertation des partenaires impliqués dans la santé bucco-dentaire et le noma	DLM, ONG	250 000		x					x					x				
6.1.2	2. Apporter un appui aux ONG et associations à la prise en charge médicale des cas de noma	SMNT, DS, DRS, ONG	PM	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6.1.3	3. Apporter un appui aux ONG pour l'organisation des missions chirurgicales	SMNT, DS, DRS, ONG	PM	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6.1.4	4. Mettre en place un système de référence des cas de noma pour la PEC (ONG)	SMNT, DS, DRS, ONG	PM				x												
6.1.5	5. Participer à la réunion annuelle des coordonnateurs nationaux de programme	SMNT, AFRO	PM	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6.2	Résultat 2 Renforcement de la coordination des activités du programme																		
	Activités																		
6.2.1	1. Elaborer un guide de monitoring du plan d'action 2012	SMNT	PM		x														

OCTOBRE 2016

6.2.2	2. Organiser les réunions trimestrielles de bilan et planification de la coordination	SMNT	PM			x					x			x				
6.2.3	3. Organiser une supervision des structures de soins bucco-dentaires dans la région du centre		800 000	x				x								x		
6.2.4	4. Assurer le déplacement et les frais téléphoniques du personnel de la coordination	SMNT	200 000															
TOTAL																		1 250 000

OCTOBRE 2016

CHAPITRE 4. SUIVI-EVALUATION

4.1. Le suivi quotidien

Le suivi du plan d'action sera mené par la coordination du programme sur la base des plans de travail trimestriels et annuels. Une mission de suivi sur le terrain sera organisée et des réunions régulières seront tenues par l'équipe de la coordination avec les différents acteurs pour discuter des progrès réalisées dans l'exécution du plan d'action et des difficultés et contraintes rencontrées.

L'équipe de la coordination se réunira tous les 3 mois pour valider le bilan d'activités du trimestre en cours et le plan de travail du trimestre suivant.

4.2. Suivi semestriel

L'équipe de la coordination se réunira tous les 6 mois pour l'examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre, la mise à jour des plans de travail, et la revue des orientations stratégiques du plan d'action.

4.3. Récapitulatifs des besoins exprimés par composante

COMPOSANTES	Besoins Humains	Besoins Matériels	Besoins Financiers (F CFA)
Développement des capacités du personnel socio-sanitaire (35%)			8 750 000
Renforcement et développement des capacités au niveau communautaire (35%)			8 750 000
Sensibilisation et mobilisation sociale (15%)			3 750 000
Développement de matériels de formation et d'éducation (5%)			1 250 000
Coordination nationale (5%)			1 250 000
Suivi-monitoring Point Focal Noma Bureau OMS (5%)			1 250 000
TOTAL			25 000 000

4.4. Le financement du plan

Contributions de l'Etat et des différents partenaires

Composantes stratégiques		Etat	OMS	Hilfsaktion	RESEAU	Maisons d'accueil	Total
1	Renforcement et développement des capacités	2288900	-	8750000	Non défini	-	11 038 900
2	Détection précoce des cas et soins immédiats	-	-	-	-	Non défini	8750000
3	Sensibilisation et mobilisation sociale		-	6150000	Non défini	Non défini	6150000
4	Matériels de formation et d'éducation			1250000	Non défini	-	1250000
5	Monitoring et évaluation et Coordination et leadership	Non défini	-	5000000	-	-	5000000
	Total	2288900	-	29 900 000	Non défini	Non défini	32 188 900
	%						100%

4.5. Les rapports d'avancements

Des rapports d'activités trimestriels et des rapports financiers trimestriels seront établis par la coordination du programme pour permettre un meilleur suivi du programme. Le rapport devra être disponible au plus tard un mois après la fin du trimestre.

Les requêtes du trimestre suivant sont soumises avant la fin du trimestre en cours de sorte à ce que les fonds soient disponibles en début de trimestre afin de permettre le respect du calendrier des activités. Un rapport bilan annuel est établi en tenant compte du démarrage effectif des activités.

4.5.1. Rapport initial

Ce rapport sera élaboré après la validation du plan d'action. Il présentera le guide de monitoring du plan d'action ainsi que l'état d'avancement de sa mise en œuvre.

4.5.2. Rapports trimestriels

Ces rapports d'avancement seront préparés et validés au cours des réunions trimestrielles de suivi. Ils seront transmis à l'OMS au plus tard un mois après la fin du trimestre.

4.5.3 Rapport annuel

Un rapport annuel sera élaboré sur la base des rapports trimestriels consolidés.

CONCLUSION

Le plan triennal de lutte contre le noma 2014-2016 est l'expression de la volonté politique du Ministère de la santé d'offrir aux populations et surtout aux personnes vulnérables des soins efficaces et efficients.