ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE

PROFIL SANITAIRE DES PAYS DE LA CEDEAO, 2020

BURKINA FASO



Version Draft 1

Aout 2020

TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux 4

Liste des figures 5

Liste de sigles et abréviations 6

1 Introduction 8

1.2 Présentation du pays 8

1.1 Situation économique 8

1.2 Organisation du système de santé au Burkina Faso 9

1.3 Organisation, collecte, analyse et validation des données pour la production du profil pays 10

2 Indicateurs socio-démographiques 10

2.1 Structure de la population 11

2.2 Rapport de dépendance démographique 11

2.3 Espérance de vie à la naissance 12

2.4 Taux d'accroissement, natalité et fécondité 12

2.5 Taux d'alphabétisation 12

3 Etat de santé 13

3.1 Mortalité 13

3.2 Morbidité 14

3.2.1 Maladies transmissibles 14

3.2.2 Maladies non-transmissibles 16

4 Organisation et fonctionnement du système national de santé 17

4.1 Gouvernance et financement de la santé 17

4.1.1 Gouvernance 17

4.1.2 Financement de la santé 18

4.1.3 Personnel de santé 18

4.2 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé 19

4.2.1 Infrastructures sanitaires 19

4.2.2 CSPS remplissant les normes en personnel 20

4.2.3 Disponibilité des médicaments 20

4.2.4 Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants 21

4.3 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé 21

4.3.1 Consultations externes par habitant et par an 21

4.3.2 Taux de césarienne 22

4.3.3 Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS) 22

4.3.4 Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires 23

4.3.5 Mortalité maternelle intrahospitalière 23

4.4 Couverture des interventions 24
4.4.1 Santé maternelle et infantile 24
4.4.2 Vaccination 27
4.4.3 Lutte contre la maladie 28
4.5 Facteurs et comportements à risque 30
4.5.1 Facteurs de risque nutritionnels 31
4.5.2 Facteurs de risque VIH/sida 33
4.5.3 Hygiène , eau et assainissement 34
4.5.4 Tabagisme 35
4.5.5 Accident de la voie publique 35
5 Maladies épidémiques 36
5.1 Méningite 37
5.2 Choléra 37
5.3 Rougeole 37
5.4 Fièvre jaune 37
5.5 Poliomyélite 37
5.6 Choléra, Fèvre Lassa, TNN, Ver de Guinée 38
ANNEXE : CANEVAS DE PROFIL PAYS 39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Tendance de quelques indicateurs démographiques du Burkina Faso 10
Tableau 2: Indicateurs de mortalité au Burkina Faso pour les deux dernières enquêtes 13
Tableau 3: Evolution des quotients de mortalité au Burkina Faso 13
Tableau 4: Evolution du ratio de mortalité maternelle au Burkina Faso entre les enquêtes nationales 14
Tableau 5: Evolution de l'incidence du paludisme au Burkina Faso 14
Tableau 6: Evolution de la prévalence au VIH chez les jeunes 15
Tableau 7:Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP) TS 16
Tableau 8: Prévalence de l'hypertension chez les adultes (25 ans et plus) 16
Tableau 9: Prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus) 16
Tableau 11: Evolution de la dépense de santé au Burkina Faso 18
Tableau 12: Densité du personnel de santé au Burkina Faso 19
Tableau 13: Densité des formations sanitaires au Burkina Faso 19
Tableau 14: Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complet selon les normes nationales 20
Tableau 15: Disponibilité des médicaments essentiels 20
Tableau 16: Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants 21
Tableau 17: Contacts avec les services de santé 22
Tableau 18: Taux de césariennes parmi les naissances attendues (%) 22
Tableau 19: Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS) 22
Tableau 20: Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 moins (%) 23
Tableau 21: Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé 23
Tableau 22: Evolution de la couverture vaccinale 24
Tableau 23: Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié 25
Tableau 24: Taux de soins postnatals 26
Tableau 25: Suivi des indicateurs de planification familiale 26
Tableau 26: Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR 27
Tableau 27: Suivi des indicateurs de la vaccination 28
Tableau 28: Couverture administrative des vaccins Penta3 et VAR2 28
Tableau 29: Taux de couverture de la thérapie antirétrovirale (TARV) 29
Tableau 30: Prise en charge de la tuberculose 29
Tableau 31: Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide par les populations cibles 30
Tableau 32: Tendance de quelques indicateurs clés sur les facteurs et comportements à risque 30
Tableau 33: Evolution de la malnutrition 32
Tableau 34: Evolution des indicateurs d'allaitement maternel 32
Tableau 35: Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque 33

Tableau 36: Hygiène et assainissement 34
Tableau 37: Maladies à potentiel épidémique 36

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte administrative du Burkina Faso 8
Figure 2: Pyramide des âges du Burkina Faso (2019 et projection 2025) 11
Figure 3: Prévalence chez les femmes enceintes ayant bénéficié les consultations prénatales 2003-2018 15
Figure 4 : Utilisation de la CPN1, de la CPN4 et du TPI entre 2015 et 2019 25
Figure 5 : Couverture en accouchements assistés de 2014 à 2018 26
Figure 6 : Prévalence (%) de la malnutrition de 2014 à 2018 32
Figure 7: Taux d'allaitement exclusif chez les enfants de 0 à 5 mois de 2014 à 2018 33

LISTE DE SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ARV	Antiretroviral
ASBC	Agent de santé à base communautaire
BCG	Bacille calmet guérin
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CM	Centre médical
CMA	Centre medical avec antenne chirurgicale
CPN	Consultation prénatal
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DCS	Dépense courante de santé
DOTS	Directly Observed Treatment of Short course
DSS	Direction des statistiques sectorielles
DTC	Diphtérie Tétanos coqueluche
DTS	Dépense totale de santé
EDS	Enquête démographique de santé
EMDS	Enquête sur le Module Démographique et Santé
HepB	Hépatite B
HOSCO	Hôpital Saint Camille de Ouagadougou
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
HTA	Hypertension artérielle
IB	Infirmier breveté
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
IST	Infection sexuellement transmissible
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MIS	Malaria indicators survey
MS	Ministère de la santé
ND	Non disponible
OOAS	Organisation ouest africaine de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONASER	Office national de la sécurité routière
OSC	Organisation de la société civile
PEC	Prise en charge
PF	Planification familiale

PFA	Paralysie Flasque Aigue
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activité
PMA	Performance monitoring for action
PNAPF	Plan national d'accélération de la planification familiale
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNM	Plan national multisectoriel
PIB	Produit intérieur brut
PUS	Plan d'urgence pour le Sahel
PTME	Prévention de la transmission mère enfant du VIH
PVIVH	Personne vivant avec le VIH
PVS	Polio virus sauvage
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
RGPH	Recensment general de la population et de l'habitation
RMAT	Rayon moyen d'action théorique
RR	Rougeole rubéole
SARA	Service availability and readiness assessment
SFE	Sage-femme d'Etat
STEPS	Système pour la surveillance des facteurs de risque des MNT
TAMA	Taux d'accroissement moyen annuel
TAR	Traitement anti rétroviral
TBN	Taux brut de natalité
TBS	Tableau de bord santé
TME	Traitement mère enfant
TNN	Tétanos néonatal
TPI	Traitement préventif intermittent
VAA	Vaccin anti amaril
VAT	Vaccin anti tétanique
VIH	Virus de l'hummuno déficience humaine
VPO	Vaccin anti poliomyélite

1 INTRODUCTION

1.2 PRESENTATION DU PAYS

Le Burkina Faso est situé en Afrique de l'Ouest au sud du Sahara. D'une superficie d'environ 272 969 km2[1] le pays 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. Sa population est estimée à 20 870 060 en 2019[2]. La densité de la population est estimée à 73,8 habitants au km2 en 2019. Le taux d'accroissement moyen annuel sur la période 1996-2006 estimé à 3,1%. Administrativement, le pays est divisé en treize (13) régions et quarante-cinq (45) provinces subdivisées en 351 départements et 8228 villages. On dénombre 49 communes urbaines dont Ouagadougou la capitale politique et Bobo-Dioulasso la capitale économique.



Figure 1: Carte administrative du Burkina Faso

1.1 SITUATION ECONOMIQUE

Le Burkina Faso est un pays à ressources financières limitées, le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est passé 46,7% en 2009 à 40,1 % en

[1] Ministère de l'administration territoriale, de la décentralisation et de la cohésion sociale. Annuaire statistique de la décentralisation 2016. Rapport, 2018

[2] MS/INSD Projection démographique 2011 à 2020 des Régions et Districts sanitaires du Burkina Faso

2015. On note des disparités en fonction du sexe, du milieu et des régions. En effet, il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les zones urbaines et les zones rurales (EMC 2015). Aussi, les femmes sont les plus touchées, tandis que la région de Centre est la moins touchée du pays (9,3%) et celle du Nord, la plus touchée (70,4%)

En 2019, le PIB était estimé 744 dollars par habitant. Le taux de croissance du Produit intérieur brut (PIB), tiré essentiellement par les secteurs primaires (+8,4%), était estimé à 6,3% et 6,6% respectivement en 2017 et 2018[3] Cette croissance provient principalement de la production céréalière (+27,5 %), alors que la production de coton s'est significativement contractée (-29,5 %). La hausse continue des activités extractives aurifères, ainsi que le dynamisme du secteur des services ont également soutenu l'activité économique en 2018. Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement, en 2018 le pays occupait le 182ème rang sur 189 avec un Indice de développement humain de 0.434[4].

1.2 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU BURKINA FASO

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

L'organisation administrative s'articule autour de trois niveaux : (i) le niveau central représenté par le cabinet du Ministre, le Secrétariat général et les directions techniques, (ii) le niveau intermédiaire correspondant aux directions régionales de la santé (13), (iii) le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire (70). C'est l'entité opérationnelle d'administration des services de santé.

En ce qui concerne l'offre de soins de santé, le système est organisé en trois sous-secteurs : public, privé et traditionnel. Il s'agit d'un système de type pyramidal avec trois niveaux : (i) le 1er niveau de soins, représenté par le district sanitaire, est subdivisé en deux échelons (le 1er échelon qui comprend le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) le centre médical (CM), les dispensaires et maternités isolés et le 2ème échelon constitué de centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) ou l'Hôpitaux de District (HD), (ii) le 2ème niveau de soins est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR), au nombre de huit (08). Il sert de référence et de recours aux CMA, (iii) le 3ème niveau de soins, le plus élevé, assure des soins spécialisés, la formation universitaire et la recherche. Il existe six (06) Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

[3] (Groupe de la Banque africaine de développement. Perspectives économiques en Afrique 2018) : Burkina Faso.

[4] PNUD : Rapport sur le développement humain 2019

Le sous-secteur sanitaire privé est en plein essor la majorité se concentre dans les villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso. Quant au sous-secteur de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle. Concernant la santé communautaire au Burkina Faso, le pays a procédé en 2016 au recrutement et à l'installation de 17668 ASBC dans 8902 villages administratifs,

1.3 ORGANISATION, COLLECTE, ANALYSE ET VALIDATION DES DONNEES POUR LA PRODUCTION DU PROFIL PAYS

Sous l'égide de l'OOAS, une personne ressource a été retenue pour appuyer le Ministère de la santé dans l'élaboration du document. Le processus de production du profil pays a suivi trois étapes :

-La définition des indicateurs : une liste de 87 indicateurs a été proposée par l'OOAS pour être renseigner afin d'élaborer le profil pays.

-La revue documentaire : les documents officiels relatifs aux politiques, aux rapports statistiques officielles, aux enquêtes nationales ont été utilisés. Il s'agit de :

- ✓ Rapport du recensement général de la population et de l'habitation 2006
- ✓ Rapport d'enquête démographique et de santé 2010
- ✓ Rapport d'enquête (EMC)
- ✓ Annuaires statistiques du ministère de la santé
- ✓ Tableau de bord des indicateurs du ministère de la santé
- ✓ Rapport 2019 de l'état de santé de la population du Burkina Faso.

Suivant l'examen de chacune de ces sources et des indicateurs à renseigner, l'information la plus récente existante est retenue.

-La validation du rapport : L'équipe de la Direction des statistiques sectorielles du Ministère de la santé a assuré la validation des données. Cette validation s'est faite à travers un examen des résultats produits puis un atelier avec des acteurs stratégiques du Ministère de la santé.

L'analyse a consisté à apprécier l'évolution du niveau atteint par indicateur selon les années et tenant compte de l'existence de l'information. La période de référence de l'analyse

2 INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau 1: Tendance de quelques indicateurs démographiques du Burkina Faso

Dénomination de l'indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	Source
1.1 Indicateurs démographiques						
Population totale	18450 494	19 034 399	19 632147	20 244 079	20 870 060	INSD (projection pop MS)

Dénomination de l'indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Âge médian de la population (ans)	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	RGPH 2006
Rapport de dépendance démographique (<15 et> 60 ans)			94,2			RGPH 2006

2.1 STRUCTURE DE LA POPULATION

La population du Burkina Faso est estimée à 20 870 060 habitants en 2019 selon les projections issues des résultats du Recensement général de la population et de l'habitation de 2006 (RGPH-2006). Elle est composée de 51,7% de femmes et 48,3% d'hommes. Cette population se caractérise par sa jeunesse. En effet, l'âge médian est 17 ans et les populations de moins de 15 ans représentent 46,6 % de la population totale en 2019 tandis que les plus de 65 ans ne représentent que 2,8%. On estime que 30,9% de la population vit dans des villes. La proportion des jeunes (15-35 ans) est d'environ 34% et la population vaccinale (0-4ans) est près de 18%.

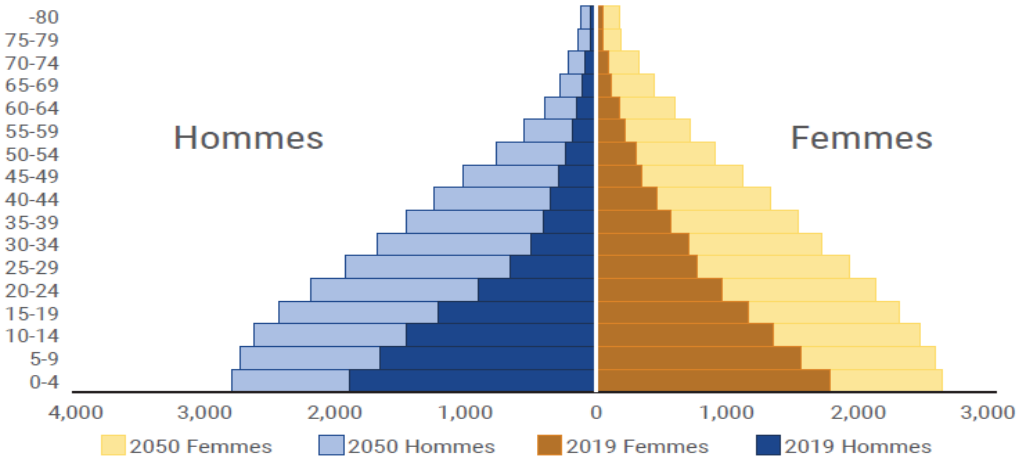


Figure 2: Pyramide des âges du Burkina Faso (2019 et projection 2025)

2.2 RAPPORT DE DEPENDANCE DEMOGRAPHIQUE[5]

[5] Tableau de bord social INSD 2018

L'ensemble des rapports de dépendance (rapport de dépendance générale, rapport de dépendance pour cause de jeunesse et rapport de dépendance pour cause de vieillesse) est à la baisse dans le temps. L'estimation du rapport de dépendance pour cause de jeunesse est passée de 97% en 2007 à 94,2% en 2017. De même, le rapport de dépendance pour cause de vieillesse est passée 6,6% en 2007 à 5,8% en 2017 . Ces tendances des rapports de dépendance à la baisse montrent bien la fenêtre d'opportunité que le pays a pour profiter d'un dividende démographique.

2.3 ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE

En rappel, l'espérance de vie est le nombre moyen d'années que peut espérer vivre un enfant à la naissance. Cet indicateur est passé de 53,8 ans en 1996 à 56,7 ans en 2006. L'espérance de vie est estimée à 61,2 ans en 2019[6]. Toutefois, on note une disparité selon le milieu et le sexe. En effet, les personnes vivant en milieu urbain vivent plus longtemps que celles du milieu rural tandis que les femmes vivent plus longtemps que les hommes.

2.4 TAUX D'ACCROISSEMENT, NATALITE ET FECONDITE

Le taux d'accroissement est en augmentation depuis 1975. Il est passé de 2,7 % entre 1975 et 1985 à 2,4 % entre 1985 et 1996 et à 3,1 % 1996 et 2006. Cette croissance démographique relativement importante. Si ce niveau de croissance (3,1%) se maintient, la population doublera en 22 ans, c'est-à-dire en 2028. En ce qui concerne l'Indice synthétique de fécondité (ISF), il était estimé à 5,4[7] enfants par femme en 2015. Il existe une disparité selon le lieu de résidence (5,8 en milieu rural contre 3,7 en milieu urbain). Malgré une tendance à la diminution, l'indice de fécondité reste élevé. Elle est passé de 6,9 en 1993 à 5,4 en 2015[8]

2.5 TAUX D'ALPHABETISATION

L'éducation est identifiée comme un élément clé d'amélioration de la santé des populations. Le taux d'alphabétisation des adultes a augmenté en moyenne de 2,6% par an en 24 ans passant de 18,9% en 1994 à 34,7% en 2018. Au cours de la période, le taux chez les hommes est plus élevé (44,3%) que chez les femmes (26,1%). Toutefois, celui des femmes a connu une croissance plus rapide comparativement aux hommes

[6] PNUD, Rapport sur le développement humain 2019

[7] INSD. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

[8] EMDS 2015

(croissance annuelle moyenne de 4,3% contre 3,0% pour les hommes), ce qui pourrait s'expliquer par l'accent mis sur la scolarisation des filles et les campagnes d'alphabétisations orientées vers les femmes depuis les années 1990. Selon le milieu de résidence, l'analphabétisme est plus accentué en milieu rural. En effet, le taux d'alphabétisation en milieu rural est de 23% contre 64% en milieu urbain.

3 ETAT DE SANTE

3.1 MORTALITE

Tableau 2: Indicateurs de mortalité au Burkina Faso pour les deux dernières enquêtes

	EDS 2010	EMDS 2015
Taux de mortalité néonatale (pour 1000)	28	23
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	65	43
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000)	128,5	82
Ratio de mortalité maternelle	341	330

L'analyse des données de mortalité montre une réduction de la mortalité maternelle, du nouveau-né et des enfants de moins de 5 ans. En effet, le taux de mortalité infanto juvénile est passé de 128,55‰ en 2010 à 82‰ en 2015 soit une baisse de près de 36% sur la période. Pour ce qui concerne le taux de mortalité infantile, il est passé de 65,13‰ en 2010 à 43‰ en 2015. Concernant le taux de mortalité néonatale, il s'est établi à 23‰ en 2015 contre 28 ‰ en 2010. Enfin, pour ce qui est de la mortalité maternelle, elle est passée de 341 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (EDS 2010) à 330 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (EMC 2015). Ce taux était de 484 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998.

Tableau 3: Evolution des quotients de mortalité au Burkina Faso

Année	Quotient de mortalité infantile (‰)			Quotient de mortalité juvénile (‰)		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
1993	76,4	113	122,2	78	114,4	115,5
1998/99	67,4	113,2	108,6	66,2	137,1	129,5
2003	70	95	81	71	117	111

2010	61	81	65	46	82	68,01
2015	-	-	43	-	-	41

Source : INSD, EDS 1998/99, EDS 2003, EDS-MICS 2010, EMDS 2015

Tableau 4: Evolution du ratio de mortalité maternelle au Burkina Faso entre les enquêtes nationales

Année	**1998/1999**	**2010**	**2015**
Mortalité maternelle	440	341	330

Source : INSD, EDS-MICS 2010, EMDS 2015

3.2 MORBIDITE

3.2.1 MALADIES TRANSMISSIBLES

3.2.1.1 INCIDENCE DU PALUDISME

L'incidence globale du paludisme est de 591 cas pour 1 000 habitants contre 607 en 2017, soit une réduction de 16 points par rapport à l'année précédente. Selon le plan stratégique 2016-2020, l'incidence observée est au-delà de celle attendue pour 2018 qui est de 528 cas pour 1 000 habitants. L'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est de 1 631 cas pour 1 000 habitants. Le nombre moyen d'épisodes de paludisme pour un enfant de moins de cinq (5) ans est donc de 1,6 au cours de l'année 2018 contre 1,7 en 2017[9].

En ce qui concerne la prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois, elle était de 17 % selon les résultats de l'enquête MIS 2017-2018. Il y avait une disparité entre les régions, avec une plus forte prévalence dans la région du Sud-Ouest (38,9%) et une plus faible prévalence dans la région du Centre (7,2%)

Tableau 5: Evolution de l'incidence du paludisme au Burkina Faso

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Incidence du paludisme	449	514	607	591	nd	TDB 2018

[9] TBS 2018

3.2.1.2 PREVALENCE DU VIH

Le Burkina Faso connaît une épidémie du VIH de type mixte caractérisée par une prévalence de moins de 1% en population générale avec des poches de concentration (prévalence élevée) au sein de certains groupes spécifiques. La prévalence du VIH/SIDA se situait à 0,8% en 2018 contre 0,9 en 2015. Chez les femmes enceintes, la tendance est à la baisse. Elle est passée de 2,7% en 2003 à 1,3% en 2018. Mais, on note une tendance à la stabilisation au cours des dernières années au tour de 1,3%.

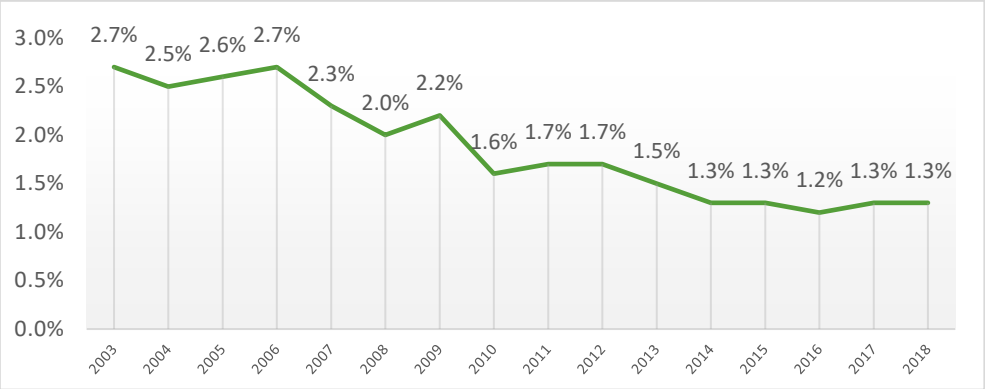


Figure 3: Prévalence chez les femmes enceintes ayant bénéficié les consultations prénatales 2003-2018

Source : enquêtes de sérosurveillance

La prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 0,29% selon les projections de Spectrum v5. 87 de 2020. Il y a presqu'autant de garçons infectés que de filles (48% vs 52%). En 2010, la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans était de moins de 0,5%. Selon le milieu de résidence, elle était prédominante dans la ville de Ouagadougou (1,3%) par rapport aux autres villes (0,8%).

Tableau 6: Evolution de la prévalence au VIH chez les jeunes

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Séroprévalence chez les jeunes (15-24 ans)	0,42	0,40	0,37	0,34	0,32	ONUSIDA (Spectrum)

Pour ce qui concerne les MARP, les enquêtes bio comportementales réalisées en 2013-2014 montrent que les taux de prévalence au sein de certains groupes spécifiques sont plus élevés que la moyenne nationale : 16,1% chez les Travailleuses du sexe (TS), 3,6% chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), 2,98% chez les détenus (prisonniers). (CSLS). Les résultats de l'enquête de surveillance comportementale de 2017 montre une tendance à la diminution : TS (5,4%) , HSH (1,9%).

Tableau 7:Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP) TS

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP) TS	16,1	-	5,7	-		BSS 2014 BSS 2017

3.2.2 MALADIES NON-TRANSMISSIBLES

3.2.2.1 MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Les données les plus récentes sur la prévalence de l'hypertension sont issues de l'enquête STEPS de 2013. Selon les résultats de l'enquête, la prévalence globale de l'HTA était de 17,6 % au sein de la population de 25 à 64 ans avec 19,4% chez les hommes et 16% chez les femmes. La prévalence de l'HTA était de 24,8% en milieu urbain et de 14,8% en milieu rural. Elle était élevée dans les régions du Centre (32,7%), des Hauts-Bassins (24,7%) et de l'Est (20,8%). Les basses prévalences étaient enregistrées dans les régions du Centre-Nord (6,7%), du Sahel (12, 4 %) et du Nord (13,1%).

Tableau 8: Prévalence de l'hypertension chez les adultes (25 ans et plus)

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Prévalence de l'hypertension chez les adultes (25 ans et plus)	17,6	-	-	-	-	STEPS 2013

3.2.2.2 DIABETE

La prévalence du diabète chez les adultes de plus de 25 ans est fournie par l'enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles réalisée en 2013. Les résultats montrent que la prévalence du diabète est de 4,9% au sein de la population de 25 à 64 ans. Cette prévalence était de 5,2% chez les hommes et 4,7% chez les femmes. Aussi, elle était plus élevée chez les résidents en milieu urbain (5,8%) qu'en milieu rural (4,6%).

Tableau 9: Prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus)

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Prévalence du diabète chez les	4,9	-	-	-	-	STEPS 2013

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
adultes (25 ans et plus)						

3.2.2.3 SANTE MENTALE

Selon l'annuaire 2018 du MS, 16175 cas de troubles mentaux ont été enregistrés dans les formations sanitaires dont 666 ont concerné les enfants de moins de 15 ans. Les troubles mentaux les plus fréquents étaient la psychose schizophrénique, l'hystérie et la dépression. Chez les enfants, les cas les plus fréquents sont la psychose schizophrénique, l'hystérie et le retard mental. Les hospitalisations pour troubles mentaux étaient de 2590 cas avec 60 décès enregistrés en 2018.

3.2.2.4 ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE

Au Burkina Faso, les accidents de route sont devenus un problème de santé publique. Selon l'Office national de la sécurité routière (ONASER), on a enregistré entre 2008 et 2017 156 903 cas d'accidents dont 19 881 cas en 2017. les deux grands centres urbains totalisaient 74% des cas constatés en 2017. Le nombre de décès constatés sur le lieu de l'accident a varié en dents de scie durant la même période (2008-2017) avec des extrêmes de 3,3 et 6,8 décès pour 100 000 habitants

4 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

4.1 GOUVERNANCE ET FINANCEMENT DE LA SANTE

4.1.1 GOUVERNANCE

La Politique nationale de santé a été adoptée en 2010 et opérationnalisée à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020 dont la revue à mi-parcours a eu lieu en 2016. Le PNDS définit les grandes orientations stratégiques nationales en matière de santé que sont :

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

Le PNDS 2011-2020 a pour but de contribuer au bien-être des populations à l'horizon 2020. Son objectif général est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations dans un contexte marqué par l'impératif de l'atteinte des ODD et par les perspectives nationales de développement définies à travers le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES), le schéma national d'aménagement du territoire (SNAT) et l'étude nationale prospective « Burkina 2025 ».

4.1.2 FINANCEMENT DE LA SANTE

La Dépense totale de santé (DTS) constituée par la Dépense courante de santé (DCS) et les dépenses en investissement est estimée à 530,8 milliards de FCFA en 2017. Elle était de 473,8 milliards de FCFA en 2016 soit une hausse de 12,0%. La dépense de santé par tête d'habitant s'est améliorée au cours des dernières années. Elle est passée de 25 574 FCFA (46,5$) en 2016 à 27 889 FCFA (50,7$) en 2017, soit une augmentation de 9,0%.

Cependant, cet indicateur reste en deçà de la norme de l'OMS estimée à 86 dollars US.

Les Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat est en augmentation depuis 2014. Il est passé de 6,2% en 2014 à 12% en 2017. Malgré une baisse de 7,1 points entre 2007 et 2016, la contribution des ménages reste élevée et atteint 31,4% des dépenses totales de santé en 2016.

Tableau 10: Evolution de la dépense de santé au Burkina Faso

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État, %	9,8	9,3	9,3	ND	ND	Compte nationaux
Total des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé, %	26,6	38,3	40,5	ND	ND	Compte nationaux

4.1.3 PERSONNEL DE SANTE

L'effectif du personnel de santé est en augmentation régulière ces dernières années pour la plupart des emplois. Il est passé de 23 000 en 2017 à 25 649 en 2018 soit un accroissement de 10,3% contre 6,1% l'année précédente (2017). Le ratio médecin/habitants s'est amélioré. Il est passé de 1 médecin pour 15 518 habitants en 2015 à 1 médecin pour 12 000 habitants en 2018 ; tandis que celui des infirmiers est passé de 7743 habitants en 2015 à 5510 en 2018. Quant au ratio habitants par sage-femme, il est passé de 4243 en 2015 à 3271 en 2018. La densité du personnel de santé est de 8,1

personnels de santé dans les structures publiques de soins pour 10 000 habitants en 2018. Elle reste très en deçà de la cible OMS (23 personnels de santé pour 10 000 habitants).

Tableau 11: Densité du personnel de santé au Burkina Faso

Indicateurs	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**Source**
Agents professionnels de santé par 10 000 habitants					7,44	Annuaire statistique MS
Médecins pour 10 000 habitants	0,6	0,6	0,7	0,8	0,9	Annuaire MS
Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants	2,4	2,4	2,8	3,0	3,1	Annuaire MS
Sages-femmes pour 10 000 habitants	1,3	1,4	1,7	1,8	2,01	Annuaire MS

4.2 DISPONIBILITE ET CAPACITE OPERATIONNELLE DES SERVICES DE SANTE

4.2.1 INFRASTRUCTURES SANITAIRES

Le nombre d'établissements de santé a augmenté au cours de la période 2015-2019. Il est passé est passé de 2 173 en 2015 à 2818 en 2018 (+15%). Les structures sanitaires publiques sont passées de 2106 en 2015 à 2 285.en 2018. Quant au nombre de CSPS, il est passé de 1 698 en 2015 à 1 896 en 2018 soit une augmentation de 3,7%.

Le ratio nombre d'habitants par formation sanitaire de base connaît une légère baisse. En effet, il est passé de 9856 à 9645 habitants par formation sanitaire de 2015 à 2018. De façon globale, on observe une tendance à la baisse du ratio de 2015 à 2018 qui traduit une amélioration de la couverture. La distance moyenne à parcourir par les populations pour atteindre la formation sanitaire est passé de 6,8 km en 2015 à 6,4 km en 2018. Elle est en constante amélioration depuis 2015.

Malgré les efforts consentis pour rapprocher les formations sanitaires de base des populations, la performance reste en deçà de la cible du PNDS qui est de 5 km en 2018.

Tableau 12: Densité des formations sanitaires au Burkina Faso

Indicateurs	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**Source**
Nombre d'établissements au niveau des soins de santé primaires (publics & privés) par nombre d'habitants	1,2	1,2	1,2	1,2		
Nombre d'établissements au niveau des soins de santé	0,81	0,80	0,95	0,93	0,90	Annuaire

secondaires (publics & privés) par nombre d'habitants						statistique MS
Nombre d'établissements au niveau des soins de santé tertiaires (publics & privés) par nombre d'habitants	0,11	0,13	0,15	0,15	ND	Annuaire statistique MS

4.2.2 CSPS REMPLISSANT LES NORMES EN PERSONNEL

La proportion de CSPS remplissant la norme en personnel est constamment en baisse depuis 2015. Elle est passé de 94,3% en 2015 à 84,8% en 2018, soit en baisse de 6,2 points. En sus, elle est en deçà de la cible du PNDS pour 2018 qui est de 95%. Toutefois, on note des disparités entre les régions.

Tableau 13: Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complet selon les normes nationales

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complet selon les normes nationales	94,3	93,2	91	84,8	ND	Annuaire statistique MS

4.2.3 DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS

La proportion des DMEG n'ayant pas connu de rupture des 25 intrants traceurs est en diminution. Elle est passée de 77% en 2015 à 13,0% en 2018. Les performances de l'année 2018 montrent que l'indicateur varie de 38,7% au Centre-Ouest à 0,0% dans les Cascades, le Centre et le Plateau Central.

Tableau 14: Disponibilité des médicaments essentiels

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Disponibilité des médicaments essentiels	77,0	28,0	18,6	13,0	ND	Annuaire statistique MS

4.2.4 DISPONIBILITE DES SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D'URGENCE POUR 500 000 HABITANTS

Selon les résultats des enquêtes SARA, la disponibilité des formations sanitaires offrant le paquet de SONU/ 500 000 habitants reste en deçà des normes (cinq structures offrant des SONU dont au moins une assurant des soins complets/500 000 habitants). Le nombre de formations sanitaires offrant des SONU était de 0,8 en 2010 et 0,9/500 000 habitants en 2016. La disponibilité moyenne des soins néonataux d'urgence était de 39 % en 2016. La disponibilité moyenne des soins obstétricaux était de 60 % en 2016, avec des proportions particulièrement basses pour les services relatifs à l'administration parentérale d'anticonvulsivants (26%), Corticostéroïdes en travail prématuré et l'évacuation utérine après accouchement (18%).

La disponibilité des services de SONUC était en moyenne de 58% (80% des structures publiques et 28% des structures privées). Les écarts entre régions sont très grands allant de 15% dans la région du Centre-Nord à 100% dans celle de la Boucle du Mouhoun. La proportion des CMA qui offrent des prestations SONUC était de 51% en 2016.

Tableau 15: Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants

Indicateurs	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**Source**
Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants	AR	AR	AR	AR	ND	

4.3 UTILISATION, QUALITE ET SECURITE DES SERVICES DE SANTE

4.3.1 CONSULTATIONS EXTERNES PAR HABITANT ET PAR AN

L'indicateur sur les nouveaux contacts par habitant a connu un accroissement au cours des 5 dernières années. L'indicateur est passé de 0,87 en 2015 à 1,22 en 2018 ce qui est au-dessus de la norme fixée par l'OMS (au moins un contact par habitant et par an). Pour l'année 2018, le nombre de nouveaux contacts par habitant varie de 1,51 dans la région du Plateau-Central à 0,92 dans la région du Sahel.

En 2018, le nombre d'enfants de moins de cinq (5) ans vus en consultation curative représente 45,14% de l'ensemble des consultants reçus dans les formations sanitaires du 1er niveau de soins. Le nombre de nouveaux contacts par habitant dans cette tranche d'âge est de 3,09 soit une légère hausse de 0,03 point par rapport à 2017. L'objectif du PNDS qui est d'au moins deux (2) nouveaux contacts par habitant et par an chez les enfants de moins de 5 ans est atteint pour la troisième année consécutive. Cette hausse

peut être attribuée à la mise en œuvre des mesures de la gratuité des soins au profit de cette cible.

Tableau 16: Contacts avec les services de santé

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Sources
Consultations externes par habitant et par an	0,87	1,02	1,18	1,22		Annuaire Stat MS
Nombre de nouveaux contacts par habitant par an des enfants de moins de 5 ans	1,7	2,5	3,1	3,1		Annuaire Stat MS

4.3.2 TAUX DE CESARIENNE

Le taux de césariennes parmi les naissances attendues (%) est passé de 1,6 % en 2010 à 2,7 % en 2018 (Cible PNDS 2011-2020 = 3%). Ce taux est en deçà de l'objectif du PNDS 3% et des normes de l'OMS (5 à 15%). La majorité des césariennes est réalisée dans les centres hospitaliers (55,2%). Entre les régions, le taux de césarienne varie de 1,2% dans la région du Sahel à 9,6% dans la région du Centre.

Tableau 17: Taux de césariennes parmi les naissances attendues (%)

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Taux de césariennes parmi les naissances attendues (%)	2,4	2,3	2,2	2,5		

4.3.3 TAUX DE REUSSITE DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE (DOTS)

Le taux de réussite du traitement de la tuberculose a connu un accroissement mais est toujours en deçà de la norme OMS (au moins 90%). Ce taux est passé de 75,7% en 2015 à 79.3% en 2017. Le taux de succès au traitement est en seule la région du plateau Central a atteint cette performance pour la cohorte de 2017 (97%).

Tableau 18: Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)

	2015	2016	2017	2018	2019	

Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)	75,7	79,2	79.3			Annuaire statistique MS

Depuis 2013, le taux de décès évolue au-dessus de la norme OMS (< 5%). Le taux de perdus de vue évolue en dent de scie avec une moyenne de 5,78% depuis les 5 dernières années pour une norme de moins de 5% selon l'OMS. Par contre le taux d'échec au traitement s'est réduit de moitié passant de 4,4% pour la cohorte de 2013 à 25% pour la cohorte de 2017.

4.3.4 TAUX DE MORTALITE DES MOINS DE 5 ANS DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

Les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans sont : le paludisme grave, les infections du nouveau-né et la prématurité. La létalité du paludisme tranche d'âge est passée de 1,4% en 2017 à 1,5% en 2018 soit une hausse de 0,1 point. La région du Sahel enregistre la létalité la plus élevée (2,4%) tandis que la plus faible est enregistrée dans la région du Centre-Ouest (0,8%).

Tableau 19: Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 moins (%)

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 moins (%)	2,0	1,5	1,4	1,5		Annuaire Stat MS

4.3.5 MORTALITE MATERNELLE INTRAHOSPITALIERE

Les indicateurs de mortalité maternelle mesurés dans les établissements hospitaliers sont utilisés pour évaluer et comparer leur performance dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins. Le taux de mortalité maternelle intra hospitalière a évolué en dents de scie au cours des 5 dernières années. Selon les annuaires statistiques de la santé, le taux de mortalité maternelle intra hospitalière est passé de 109 décès pour 100 000 parturientes en 2015, à 117 décès en 2018. Les régions du Centre et du Sahel enregistrent les taux les plus élevés soient respectivement 256,7 et 217,7 pour100 000 parturientes. Les plus faibles taux sont enregistrés dans la région du Centre Sud (34,3 pour 100 000 parturientes en 2018 et 41,2 pour 100 000 parturientes en 2017).

Tableau 20: Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé

Indicateurs	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	Source

Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé	109	134,6	119	117		Annuaire statistique MS

4.4 COUVERTURE DES INTERVENTIONS

4.4.1 SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

4.4.1.1 CONSULTATION PRENATALE

Les résultats de l'enquête EDS/MICS 2010, montrent que 95 % des femmes ont reçu des soins prénatals au cours de leur grossesse. Le taux de couverture CPN1 a connu une baisse au cours des cinq dernières années passant de 82,28% en 2015 à 79% en 2018. La couverture nationale en CPN4 est en hausse, elle est passé de 34,1% en 2015 à 39,26% en 2018, (Cible 45% PNDS 2011-2020). Les normes en CPN recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé pour toute femme enceinte sont de quatre (04) CPN au moins dont la première au cours du premier trimestre même en l'absence de complications. Au cours de l'année 2018, la couverture en CPN4 la plus élevée (49,2%) est enregistrée dans la région des Cascades contre la plus faible (17,8%) dans le Sahel. Le retard dans le début des soins prénatals, le non-respect des rendez-vous par les femmes enceintes et les occasions manquées pourraient expliquer cette faible couverture au plan national. Pour ce qui concerne la prévention du paludisme au cours de la consultation prénatale, la couverture de 2ème dose de TPI, elle est passée de 66,7% en 2015 à 71,5% en 2018. Au cours de l'année 2018, la couverture varie de varie de 57,9% au Centre à 85,7% au Plateau central.

Tableau 21: Evolution de la couverture vaccinale

Indicateurs	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*Sources*
Couverture de la première consultation des soins prénatals	82,28	81,37	81	79,04		Annuaire statistique MS
Couverture des quatre visites des soins prénatals	34,14	34,96	38	39,26		Annuaire statistique MS
Couverture de 2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals	66,7	68,2	55,6	71,5		Annuaire statistique MS

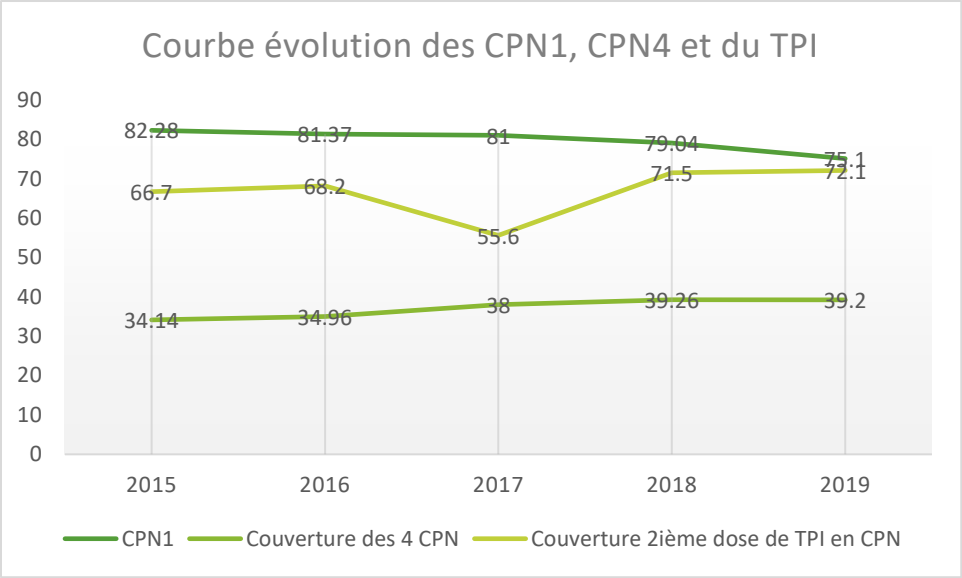


Figure 4 : Utilisation de la CPN1, de la CPN4 et du TPI entre 2015 et 2019

4.4.1.2 ACCOUCHEMENTS

Le taux d'accouchement assistés en resté au-dessus des 80% au cours des 5 dernières années, mais reste insuffisant car en deçà de l'objectif national fixé dans le PNDS de 87%. En effet, il est passé de 83,4% en 2015 à 83,1% en 2018. Cette faible performance pourrait s'expliquer par une faible couverture sanitaire dans certains districts sanitaires (6 districts sanitaires du pays ont un rayon moyen d'action supérieur à 10 km), la persistance des accouchements à domicile, la faible complétude des données des privées et l'accessibilité difficile de certaines formations sanitaires en saison sèche et pluvieuse.

Tableau 22: Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié

Indicateurs	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*Sources*
Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié	83,4	80,9	83,9	83,1		Annuaire statistique MS

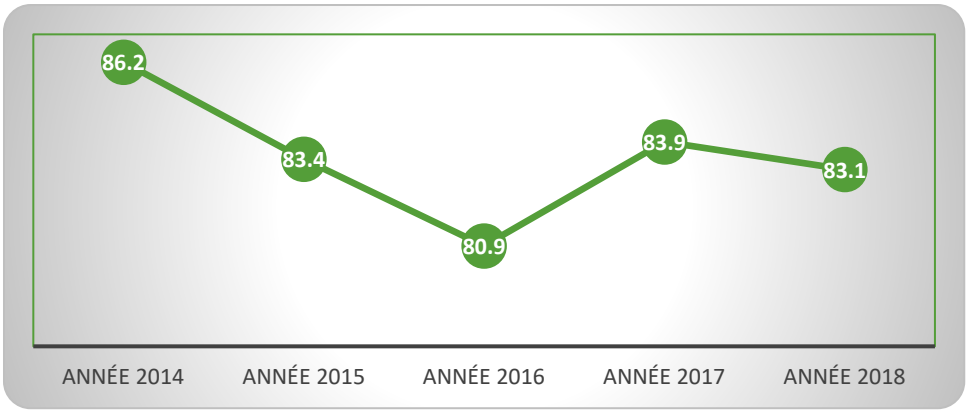


Figure 5 : Couverture en accouchements assistés de 2014 à 2018

4.4.1.3 CONSULTATION POSTNATALE

La consultation postnatale regroupe deux types d'indicateurs : (i) les femmes vues entre le 6ème et le 8ème jour et (ii) celles vues entre la 6ème et la 8ème semaine. Pour les femmes vues entre le 6ème et le 8ème jour, le taux de couverture est passé de 60 % en 2015 à 58,1% en 2018. Pour ce qui est des femmes vues entre la 6ème et la 8ème semaine, le taux de couverture est passé de 42,5% en 2015 à 39,8% en 2018. Au cours de l'année 2018, les plus forts taux de consultation postnatale ont été enregistrés dans la région du Centre Nord avec respectivement 77,1% et 64,2% pour les femmes vues entre le 6ème et le 8ème jour et celles vues entre la 6ème et la 8ème semaine.

Tableau 23: Taux de soins postnatals

Indicateurs	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*Source*
Taux de soins postnatals	42,5	43,2	46,3	39,8		Annuaire statistique MS

4.4.1.4 PLANIFICATION FAMILIALE

Le taux de prévalence contraceptive est en augmentation au cours des 5 dernières années, il est passé de 24,0% en 2015 (EMDS 2015) à 31,7 en 2018 (PMA 2020/Burkina Faso, 2018). Pour ce qui est du couple-année protection, il est passé de 977 285 couples en 2015 à 1 310 837 en 2017 (selon l'annuaire statistique 2017). Les besoins non satisfaits chez les femmes en union sont en augmentation. La proportion est passée de 19,4% (EMDS 2010) à 23,3% en 2018 (PMA 2020/Burkina Faso).

Tableau 24: Suivi des indicateurs de planification familiale

Indicateurs	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*Source*
Taux de prévalence contraceptive (%)	24,0	25,4	31,7	32,7	30,1	EMSD 2015 PMA2020

Besoin non satisfait en planification familiale (%)	19,4	28,8	20,2	23,3	26,0	EMDS 2010 PMA2020
Taux d'utilisation des méthodes contraceptives (%)	31,1	31,7	27,5	24,9	ND	Annuaire statistique 2018

4.4.1.5 PTME

La transmission Mère enfant (TME), connaît également une évolution importante du pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet PTME qui est passé de 82,98% en 2015 à 96,33% en 2018. En rappel, l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH est une activité qui est menée dans la plupart des formations sanitaires (78%) en 2018. Ce taux est en baisse par rapport à celui de 2016 (88%). Le score moyen de la capacité opérationnelle des services eTME est de 44% en 2018 contre 49% en 2016 et 52% en 2014

Tableau 25: Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR

Indicateurs	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*2019*	*Source*
Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR	82,9	92		96,3%		Annuaire statistique MS

4.4.2 VACCINATION

Le taux de couverture vaccinale administrative en DTC-Hep-Hib3 (Penta 3) qui protège l'enfant contre un ensemble de maladies, est maintenu à 100% durant les 04 dernières années (2015-2018). Le vaccin contenant l'antigène de la rougeole et de la rubéole (RR) administré en deux doses a été introduit dans le PEV de routine en 2014, et la couverture vaccinale administrative de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR2) s'établit à 103,5% en 2015, 99,9% en 2016,80% en 2017 et 87,9% en 2018. La couverture vaccinale administrative en vaccin anti amaril (VAA) qui protège les enfants contre la fièvre jaune était de 100% en 2015 et 2018, de 56,8% en 2016 et de 44,6% en 2017. La baisse de couverture est due à la rupture mondiale du vaccin anti amaril durant ces périodes. En outre, les mesures de gratuité des soins au profit de la femme enceinte et des enfants de moins de cinq ans mises en œuvre depuis 2016.

Tableau 26: Suivi des indicateurs de la vaccination

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3	92,2	92,2	92,2	92,2		EMSD 2015
Couverture contre la rougeole (moins d'un an)	86,2	-	-	-		EMSD 2015
Couverture contre la rougeole (moins d'un an)						
Taux de couverture des enfants complétement vaccinés (12-23 mois)	83,9	-	-	-		EMSD 2015
Taux d'abandon BCG-Rougeole	13,6	10,1	13,6	10		Annuaire statistique MS

Selon les résultats de l'enquête EMDS 2015, la couverture en Penta 3 était de 92,2%, cette de contre la rougeole de 86,2%. Les enfants de 12 à 23 mois complétement vaccinés était estimés à 83,9%

Tableau 27: Couverture administrative des vaccins Penta3 et VAR2

ANTIGÈNES	2015	2016	2017	2018	Objectifs 2018
Penta3	105,3	102,9	106,1	104,8	100
VAR2/RR2	103,5	99,9	80,0	87,9	100
Taux d'abandon Penta1/ Penta3	5,2	3,2	3,3	3,5	≤ 5

4.4.3 LUTTE CONTRE LA MALADIE

4.4.3.1 VIH/SIDA,

Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous ARV est en croissance au cours des 5 dernières années (2015-2019). Le taux de couverture est passé de 65% en 2015 à 73,6% en 2017. Toutefois, on note une baisse qui s'établit à 63,1% en 2018. La file active globale en fin 2018 est estimé à 45 918. Parmi ces personnes, 28 984 bénéficient d'un traitement antirétroviral (ARV). Depuis 2014, cette proportion est à la hausse. Le niveau de l'indicateur demeure en dessous de l'objectif du plan national multisectoriel (PNM) qui est d'au moins 81%. L'analyse par région montre des disparités. En effet, les résultats de l'année 2018 montre que la région du Centre-Nord enregistre la plus forte proportion de

PVVIH sous ARV (100%) tandis que la plus faible est observée dans la région de l'Est (23,7%).

Tableau 28: Taux de couverture de la thérapie antirétrovirale (TARV)

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Taux de couverture de la thérapie antirétrovirale (TARV)	65%	69%	73,6%	63,1%		Annuaire statistique MS

4.4.3.2 TUBERCULOSE

Le taux de notification est resté en dessous de l'incidence estimée de l'OMS au cours des cinq (05) dernières années. Il est passé de 30,3 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 29,5 cas pour 100 000 habitants en 2018. Dans les structures sanitaires, la proportion de patients tuberculeux a bénéficié de dépistage du VIH est en baisse, Elle est passée de 97% en 2015 à 92,0% en 2018.

Tableau 29: Prise en charge de la tuberculose

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH	97%	94,7	93,4	92%		Annuaire statistique
Taux de détection de cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif	30,3	31,1	28,5	29,5		Annuaire statistique MS

4.4.3.3 PREVENTION DU PALUDISME

Selon les résultats de l'enquête MIS 2017-2018, dans les ménages ayant au moins une MII, les taux d'utilisation des MII la nuit avant l'interview sont de 70 % chez les enfants de moins de 5 ans et de 74 % chez les femmes enceintes. On note une amélioration du niveau d'utilisation des MII par les enfants de moins de 5 ans entre 2010 et 2014, le taux étant passé de 47 % à 75 %. Cependant, cette tendance à l'augmentation ne s'est pas poursuivie puisque en 2017-2018, le taux d'utilisation n'est plus que de 54 %. On constate la même tendance chez les femmes enceintes durant la même période, le taux d'utilisation étant passé de 45 % en 2010 à 77 % en 2014, puis à 58 % en 2017- 2018. Pour ce qui est de la couverture de 2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals, elle est

passée de 66,7% en 2015 à 71,5% en 2018. Au cours de l'année 2018, la couverture varie de varie de 57,9% au Centre à 85,7% au Plateau central.

Tableau 30: Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide par les populations cibles

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII	75,3	-	54,4	-		MIS
Femmes enceintes dormant sous des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)	77,1	-	58,2	-		MIS

4.5 FACTEURS ET COMPORTEMENTS A RISQUE

Tableau 31: Tendance de quelques indicateurs clés sur les facteurs et comportements à risque

2.3.3. Facteurs et comportements à risque	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**Source**
Taux d'insuffisance pondérale à la naissance	9,85	9,36	9,6	9,68		SMART
Initiation précoce de l'allaitement maternel (Initiation de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance)	47,1	46,6	55,7	59,5		SMART
Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)	46,7	57	47,8	55,8		SMART
Taux d'insuffisance pondérale <5 ans (Enfants de <5 ans présentant un déficit pondéral pour leur âge), %	23	19,2	16,2	17,8		SMART

2.3.3. Facteurs et comportements à risque	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	67,6	-	-	-	-	EDS 2010
Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	78		80,9	-	-	MIS 2017
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	48,1		53,3			MIS
Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (25 ans et plus)	21,5	-	-	-	-	EDS 2010
Taux de mortalité des accidents de la circulation routière	ND	ND	ND	ND	ND	

4.5.1 FACTEURS DE RISQUE NUTRITIONNELS

4.5.1.1 ETAT NUTRITIONNEL

La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans a connu une baisse depuis 2015, passant de 23 % en 2015 à 17,8% en 2018. Pour ce qui concerne la prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans, elle a connu une baisse notable depuis 2015, passant de 10,4% en 2015 à 8,5% en 2018. L'insuffisance pondérale à la naissance n'a pas évolué au cours de la période (9,85% en 2015 et 9,68% en 2018).

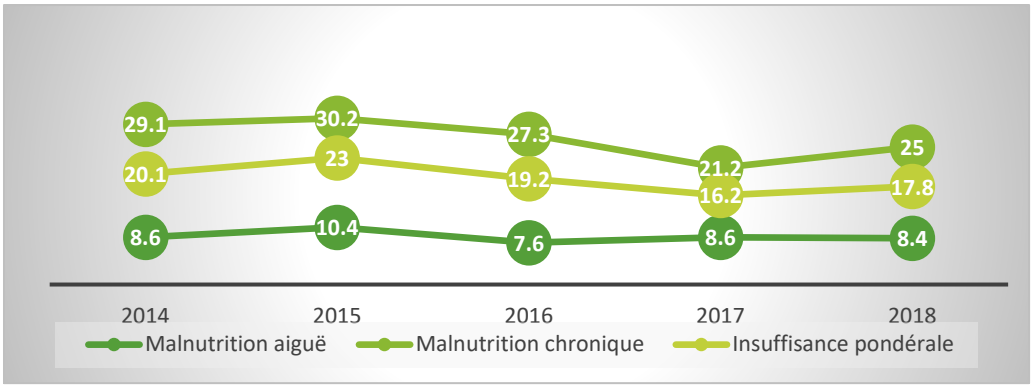


Figure 6 : Prévalence (%) de la malnutrition de 2014 à 2018

Tableau 32: Evolution de la malnutrition

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Taux d'insuffisance pondérale à la naissance	9,85	9,36	9,6	9,68		Annuaire statistique
Taux d'insuffisance pondérale <5 ans (Enfants de <5 ans présentant un déficit pondéral pour leur âge), %	23	19,2	16,2	17,8		SMART
Malnutrition aigue	10,4	7,6	8,6	8,4		
Malnutrition chronique	30,2	27,3	21,2	25		

4.5.1.2 ALLAITEMENT MATERNEL

La proportion de mise au sein précoce a connu une légère augmentation au cours des 5 dernières années (2015-2019). Cette proportion est passée de 47,1% en 2015 à 59,5% en 2018. Le taux d'allaitement exclusif chez les enfants de 0 à 5 mois évolue en dents de scie entre 2015 (46,7%) et 2018 (55,8%). Il existe des disparités entre les régions. En effet, la proportion des enfants allaités exclusivement varie de 30,9% dans la région du Centre à 70,0% dans la région du Centre-Nord en 2018.

Tableau 33: Evolution des indicateurs d'allaitement maternel

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Initiation précoce de l'allaitement maternel	47,1	46,6	55,7	59,5		SMART

(Initiation de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance)						
Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)	46,7	57	47,8	55,8		SMART

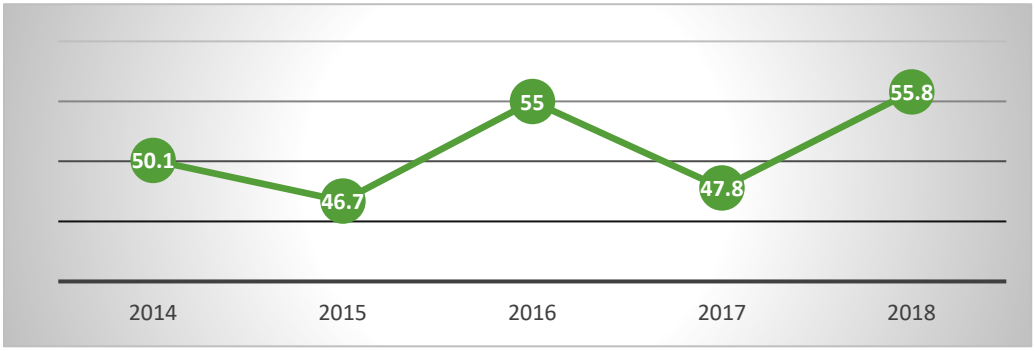


Figure 7: Taux d'allaitement exclusif chez les enfants de 0 à 5 mois de 2014 à 2018

4.5.2 FACTEURS DE RISQUE VIH/SIDA

Les données de l'EDS IV (2010) montrent que parmi les personnes ayant eu des partenaires sexuels multiples au cours des douze derniers mois, seulement 28,96% ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernière partenaire. Le niveau d'utilisation le plus élevé est observé chez les femmes 56,70% contre 26,44% pour les hommes. Pour ce qui concerne l'utilisation des préservatifs par les travailleuses de sexe, 88,5% d'entre elles ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Tableau 34: Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	67,6	-	-	-	-	EDS 2010

4.5.3 HYGIENE , EAU ET ASSAINISSEMENT

Le taux d'accès à l'eau potable est passé et 58,8[10]% à 84,8%[11]. Selon des résultats de l'EMC 2014[12], 84,8% des ménages, ont accès à une source d'eau potable. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (97,4%) qu'en milieu rural (80,3%). Les taux les plus élevés se rencontrent dans les régions des Hauts-Bassins, du Centre-Sud et du Centre où environ 90% des ménages ont accès à l'eau potable tandis que, les taux les plus faibles s'observent dans les régions du Sud-Ouest (63,2%) et du Sahel (65,3%).

Tableau 35: Hygiène et assainissement

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	84,8	-	-	-	-	EMC 2014
Utilisation d'installations sanitaires améliorées			24%			MIS 2017
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	78	-	80,9	-	-	MIS 2017
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	48,1	-	53,3	-	-	MIS

Concernant l'utilisation d'installations sanitaires améliorées, seulement 24 % des ménages disposent de toilettes améliorées et non partagées. On considère que 76 % des ménages utilisent des installations sanitaires non améliorées. Les ménages entrant dans cette catégorie sont ceux qui utilisent les toilettes partagées (29 %), les toilettes classées comme étant non améliorées (8 %) et enfin ceux qui ne disposent d'aucun type de toilettes (39 %). L'utilisation de toilettes améliorées est plus fréquente en milieu urbain que rural (47 % contre 17 %). L'installation sanitaire améliorée la plus couramment utilisée est la latrine ou fosse d'aisance avec une dalle (20 %)

Les sources d'eau améliorées protègent contre la contamination extérieure, de sorte que l'eau est plus susceptible d'être potable. Au Burkina Faso, 81 % des ménages ont accès à une source d'eau améliorée (Tableau 2.1). Ce pourcentage varie de 93 % parmi les ménages urbains à 77 % parmi les ménages ruraux. En outre, la provenance de l'eau

[10] RGPH 2006

[11] EMC 2014

[12] Tableau de bord sociaux INSD 2018

varie selon le milieu de résidence. Cinquante-trois pourcent des ménages urbains ont de l'eau courante dans leur logement ou dans leur cour, ce qui représente le pourcentage le plus élevé de sources d'eau améliorées pour les ménages urbains (Graphique 2.1), et dans 26 % des cas, l'eau de boisson provient de robinet public ou de borne fontaine. En revanche, les ménages ruraux ayant accès à des sources d'eau améliorées dépendent principalement des puits à pompe ou des forages (50 %). En ce qui concerne le temps de trajet pour s'approvisionner en eau de boisson, on constate que 57 % des ménages urbains et seulement 6 % des ménages ruraux ont de l'eau sur place. La proportion de ménages urbains dont le temps de trajet pour

Globalement, la proportion de ménages utilisant de l'eau provenant de sources améliorées a légèrement augmenté, passant de 77 % dans les deux précédentes enquêtes (EDSBF-MICS IV de 2010 et EIPBF de 2014), à 81 % dans l'EIPBF de 2017-2018.

Cette amélioration a été plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain : en particulier, on note qu'en milieu rural, la proportion est passée de 71 % en 2010 et 2014 à 77 % en 2017-2018. Dans les zones urbaines, elle est restée quasiment la même (94 % en 2010 à 93 % en 2017-2018 (Graphique 2.2).

À l'échelle nationale, seulement 24 % des ménages utilisent une installation sanitaire améliorée. Soixante-seize pourcent (76 %) des ménages utilisent des installations sanitaires non améliorées : les ménages entrant dans cette catégorie sont ceux qui utilisent les toilettes partagées qui seraient considérées comme améliorées si elles n'étaient pas partagées par deux personnes ou plus (29 %), les toilettes classées comme étant non améliorées (8 %) et enfin ceux qui ne disposent d'aucun type de toilettes (39 %). L'utilisation de toilettes améliorées est plus fréquente en milieu urbain que rural (47 % contre 17 %). L'installation sanitaire améliorée la plus couramment utilisée est la latrine ou fosse d'aisance avec une dalle (20 %)

4.5.4 TABAGISME

Les données disponibles sur la prévalence du tabagisme au Burkina Faso sont issues de l'enquête STEPS réalisée en 2013. Les résultats indiquent que la prévalence du tabagisme est de 19,8% chez les 25 à 64 ans. Elle est de 29,2% chez les hommes et de 11,8% chez les femmes. Cette prévalence est relativement plus élevée (32,6%) chez les sujets de 25 à 34 ans de sexe masculin. Chez les sujets de 55 à 64 ans, la prévalence du tabagisme est de 26,5% avec 29,2% chez les hommes et 19,8% chez les femmes.

4.5.5 ACCIDENT DE LA VOIE PUBLIQUE

Selon le rapport statistique de la direction de la protection civile, on recense chaque année plus de 15 000 accidents de la route avec une moyenne annuelle de 8000 accidents pour la ville de Ouagadougou et 2000 pour la ville de Bobo-Dioulasso selon les statistiques de

la Police Nationale[13] . En 2014, ces accidents ont occasionnés 72 décès dans la ville de Ouagadougou et 105 décès dans la ville de Bobo-Dioulasso. Les accidents de la route sont liés à plusieurs facteurs tels que la vitesse, la conduite en état d'ébriété, l'utilisation du téléphone portable pendant la conduite, l'état de la route, etc. En 2015, 74 603 cas de traumatismes[14] ont été enregistrés en consultations externes dans les centres médicaux dont la majorité dans les régions du centre et des hauts bassins.

5 MALADIES EPIDEMIQUES

Tableau 36: Maladies à potentiel épidémique

III: Maladies épidémiques	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Taux d'attaque de choléra	0,00	0,00	0,00	0,00		Tableau de bord santé 2018
Taux de létalité de choléra	0,00	0,00	0,00	0,00		Tableau de bord santé 2018
Taux d'attaque de méningite	16,50	14,70	13,81	12,42		Tableau de bord santé 2018
Taux de létalité de méningite	9,40	10,50	7,70	6,80		Tableau de bord santé 2018
Taux d'attaque de rougeole	1,40	2,20	0,90	22,20		Tableau de bord santé 2018
Taux d'attaque de fièvre jaune	1,00	0,00	5,00	0,00		Tableau de bord santé 2018
Taux de létalité de fièvre jaune	0,00	0,00	0,00	0,00		Tableau de bord santé 2018
Taux d'attaque de fièvre Lassa	0,00	0,00	0,00	0,00		Tableau de bord santé 2018
Taux de létalité de fièvre Lassa	0,00	0,00	0,00	0,00		Tableau de bord santé 2018
Taux de létalité de TNN	0,00	0,00	0,00	0,00		Tableau de bord santé 2018
Nbre de cas de Poliomyélite	0,00	0,00	0,00	0,00		Tableau de bord santé 2018

[13] Statistiques de la Police Nationale, 2014

[14] Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso

III: Maladies épidémiques	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Nbre de cas de ver de Guinée	0,00	0,00	0,00	0,00		Tableau de bord santé 2018

5.1 MENINGITE

L'incidence cumulé de la méningite est en légère diminution au cours des 5 dernières années. Elle est passée de 16,5 cas pour 100 000 (2015) à 12,42 cas pour 100 000 (2018). De même, le taux de létalité de la méningite est en diminution, il est passé de 7,7% en 2017 à 6,8% en 2018 (norme OMS < 10%). Pour l'année 2018, elle varie de 2,3% dans la région du Sud-Ouest à 11,3% dans celle du Sahel (où la létalité est supérieure au seuil toléré de l'OMS).

5.2 CHOLERA

Aucun cas de choléra n'a été enregistré au Burkina Faso au cours des 5 dernières années. Les derniers cas remontent à l'année 2012 où le pays avait enregistré 143 cas dont 7 décès dans la région du Sahel.

5.3 ROUGEOLE

L'incidence cumulée de la rougeole a connu une baisse entre 2015 et 2017. En 2018, cette incidence cumulée a considérablement augmenté. Au total, 4 488 cas suspects de rougeole ont été notifiés par les formations sanitaires en 2018 avec 12 décès. Les régions du Sud-Ouest (1848 cas), du Centre-Nord (515 cas) et de l'Est (455 cas) ont enregistré le plus grand nombre de cas. Au Sud-Ouest, le district sanitaire de Kampti a notifié à lui seul 1 404 cas, soit 31,3% des cas du pays

5.4 FIEVRE JAUNE

Aucun cas de fièvre jaune n'a été confirmé au cours des 3 dernières années. La surveillance de la fièvre jaune a permis de notifier 1 096 cas d'ictère fébrile en 2018 contre 1 222 cas en 2017 soit une baisse de 10,3%. En 2017, sur l'ensemble des échantillons analysés, cinq (5) ont été confirmés positifs aux Igm de la fièvre jaune dans 5 districts (Gayéri, Sapouy, Yako, Mani, Do).

5.5 POLIOMYELITE

Aucun cas de polio virus sauvage (PVS) autochtone n'a été enregistré depuis octobre 2009 au Burkina Faso. Ainsi, le pays a été déclaré libéré de la circulation du PVS depuis juin 2015. Les objectifs nationaux ont été atteints pour les deux indicateurs majeurs (taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de quinze ans et pourcentage de cas de

PFA dont les échantillons de selles ont été recueillis dans les 14 jours après le début de la paralysie).la surveillance de la poliomyélite est basée sur la notification des PFA. Le nombre de cas de PFA notifiés est en augmentation, il est passé de 268 cas en 2016 à 309 cas en 2017 et à 344 cas en 2018.

5.6 CHOLERA, FEVRE LASSA, TNN, VER DE GUINEE

Aucun cas notifié au cours des 5 dernières années

ANNEXE : CANEVAS DE PROFIL PAYS

Introduction

- *Présentation du pays*
- *Organisation, collecte, analyse et validation des données pour la production du profil pays*

I. Indicateurs socio-demographiques

- *Structure, composition et tendance dans la population*
- *Pyramide (Age structure)*
- *Suivi des 15 indicateurs de la liste*

II. Etat de santé

2.1. Mortalité

- *Suivi des 4 indicateurs de la liste*

2.2. Morbidité

- *Maladies transmissibles (Suivi des 4 indicateurs de la liste)*
- *Maladies non transmissibles (Suivi des 3 indicateurs de la liste)*

III. Organisation et fonctionnement du système national de santé

3.1. Gouvernance et financement de la santé

- *Suivi des 9 indicateurs de la liste*
- *Priorités nationales en matière de santé*
- *Mécanismes innovants de financement de la santé*

3.2. Disponibilité du personnel de santé

- *Suivi des 4 indicateurs de la liste*

3.3. Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé

- *Suivi des 7 indicateurs de la liste*

3.4. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

- *Suivi des 6 indicateurs de la liste*

3.5. Couverture des programmes d'intervention prioritaires en santé

- *Suivi des 18 indicateurs de la liste*

3.6. Facteurs et comportements à risque

- *Suivi des 10 indicateurs de la liste*

IV. Situation des maladies à potentiel épidémique

- *Suivi des 14 indicateurs de la liste*

Conclusion